

# 2016年診療報酬改定と 栄養食事関連



国際医療福祉大学大学院教授  
医療経営管理分野責任者  
武藤正樹



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院  
2012年2月新装オープン！

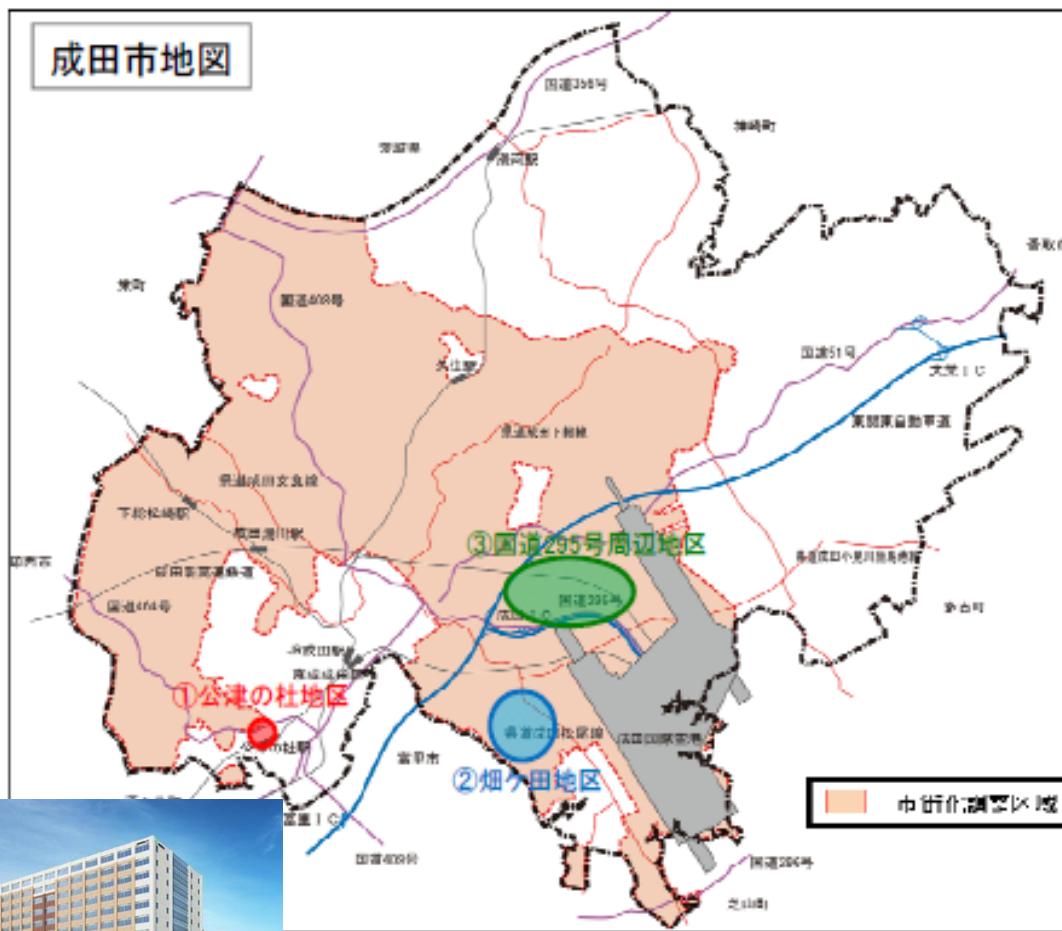


# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に  
医学部を！

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



### ①公津の杜地区

#### 【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部  
(当初4学科⇒順次拡大)

### ②畑ヶ田地区

#### 【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

### ③国道295号周辺地区

#### 【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー

# 目次

- パート1
  - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
  - 地域包括ケアシステムと栄養問題
- パート3
  - 地域医療構想
- パート4
  - 診療報酬改定と入院医療
- パート5
  - チーム医療と栄養食事
- パート6
  - 診療報酬改定と栄養食事



# パート1

## 国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論  
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)  
が2012年11月30日から始まった

# 社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…  
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

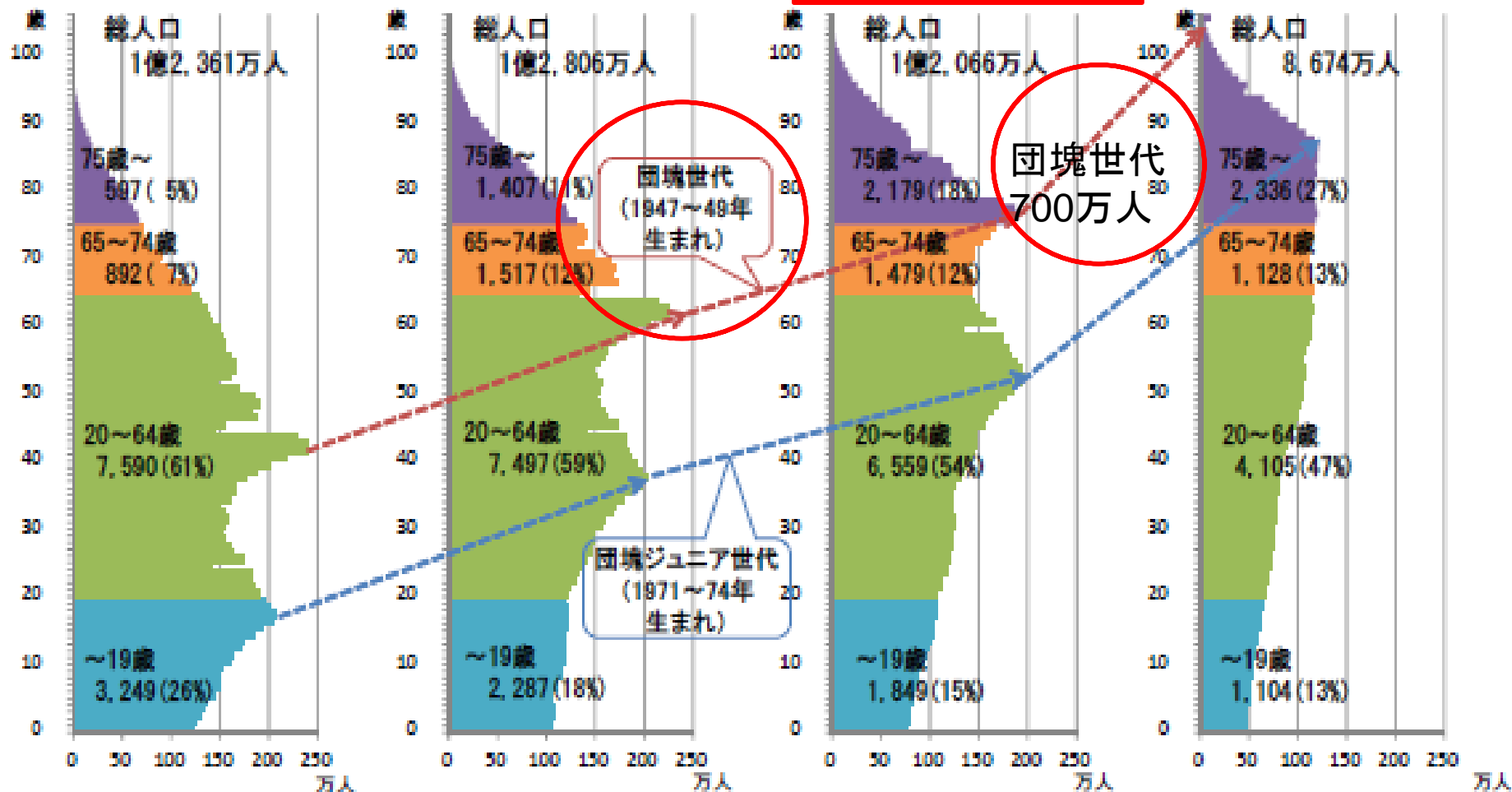
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

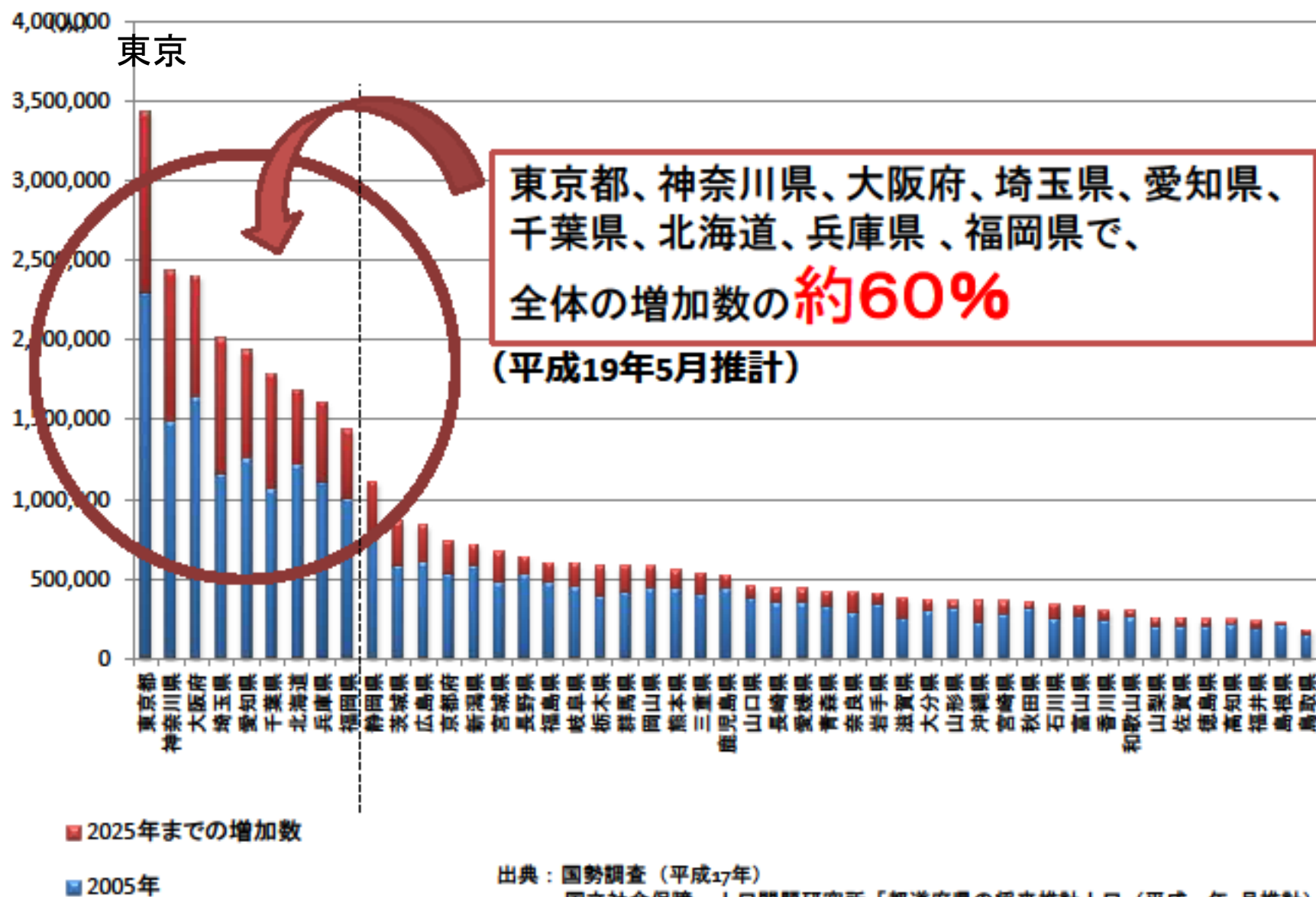
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



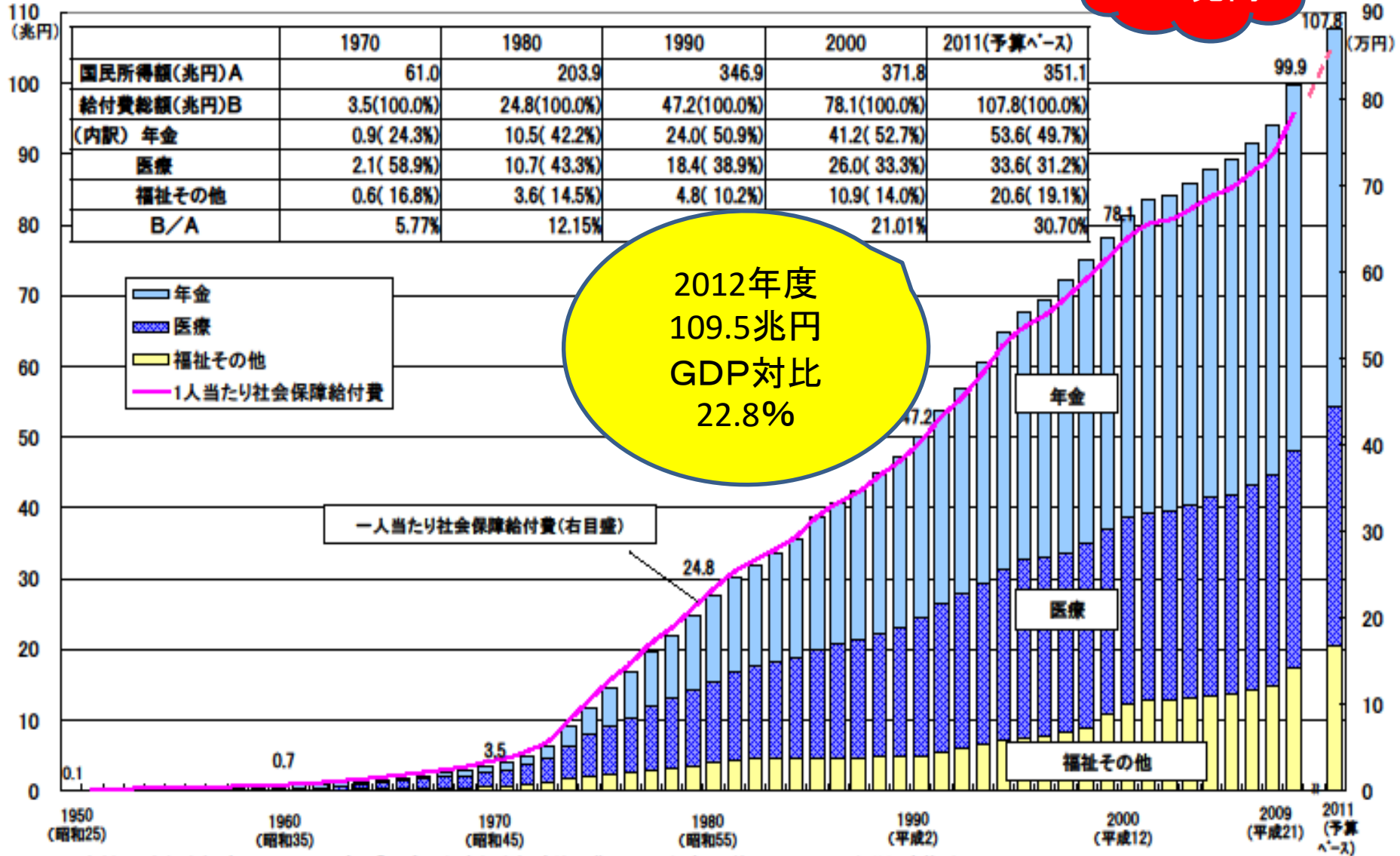
# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)





# 社会保障給付費の推移

2025年  
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 社会保障給付費の見通し

(兆円)

160

140

120

100

80

60

40

20

0

109.5兆円  
(GDP対比22.8%)

148.9兆円  
(GDP対比24.4%)

消費税増税は、  
社会保障給付費  
に充当するため

介護, 8.4

医療, 35.1

年金, 53.8

介護  
2.34倍

医療  
1.54倍

年金  
1.12倍

介護, 19.8

医療, 54

年金, 60.4

- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度

# 消費税10%増税先送りか？

- 安倍首相、消費増税先送りを検討、経済減速に配慮
- 安倍首相は、2017年4月からの消費税率10%への引き上げについて、景気の足踏み状態が続いた場合には先送りする方向で検討を始めた。(読売新聞)
- 消費税1%は2兆7200億円



国際金融経済分析会合の冒頭、あいさつする安倍晋三首相  
首相官邸で2016年3月16日

# 地域医療介護一括法



# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

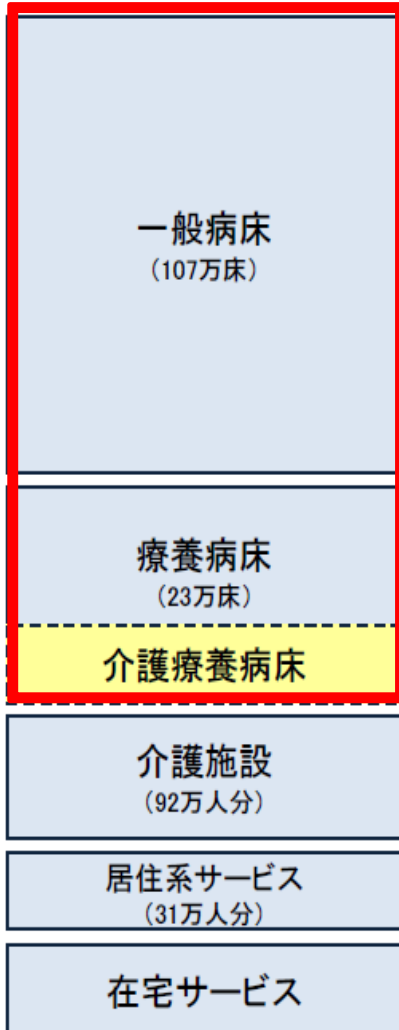
# 国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能情報報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知

# 社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



## 【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

## ○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
  - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
  - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
  - ・ケアマネジメント機能の強化 等

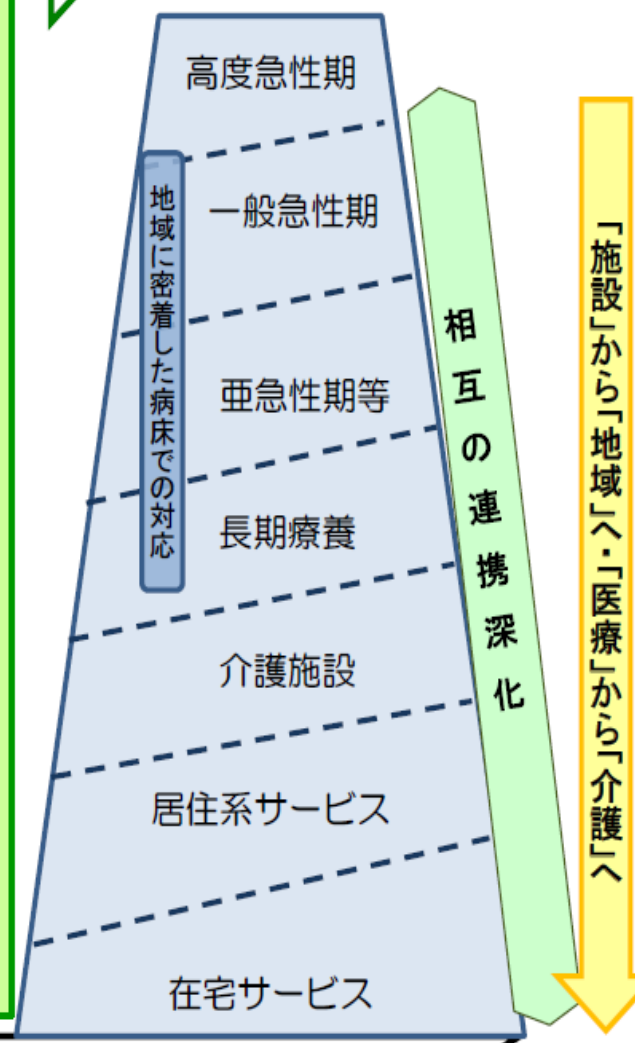
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年  
目途法案化)

## 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

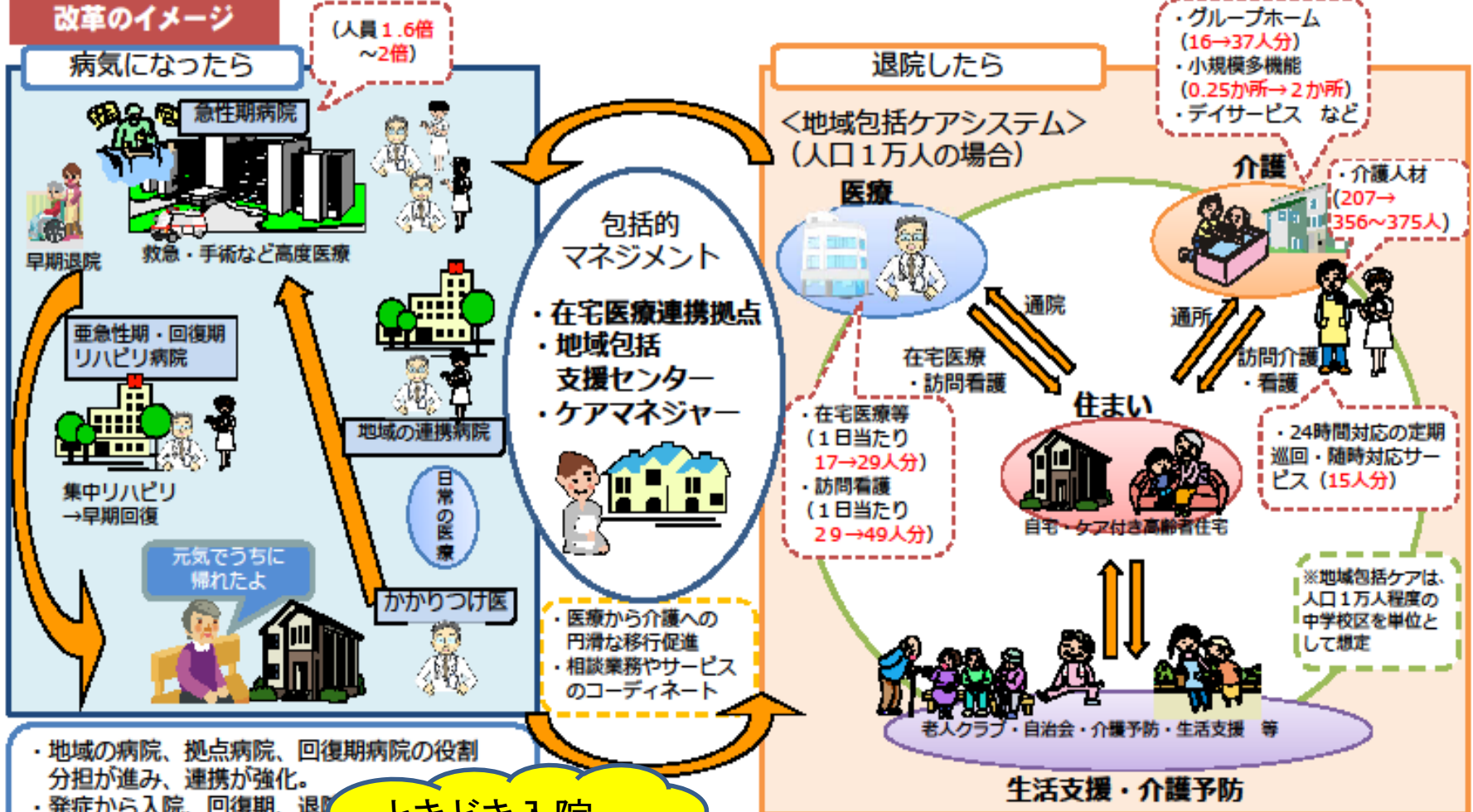
## 改革の方向性 ②

## 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

### 改革のイメージ



ときどき入院  
もっぱら在宅

2012年は地域包括ケア元年

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの



# 地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

## 医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日  
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致  
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

# パート2

## 地域包括ケアシステムと栄養問題



# 地域包括ケアシステムとは

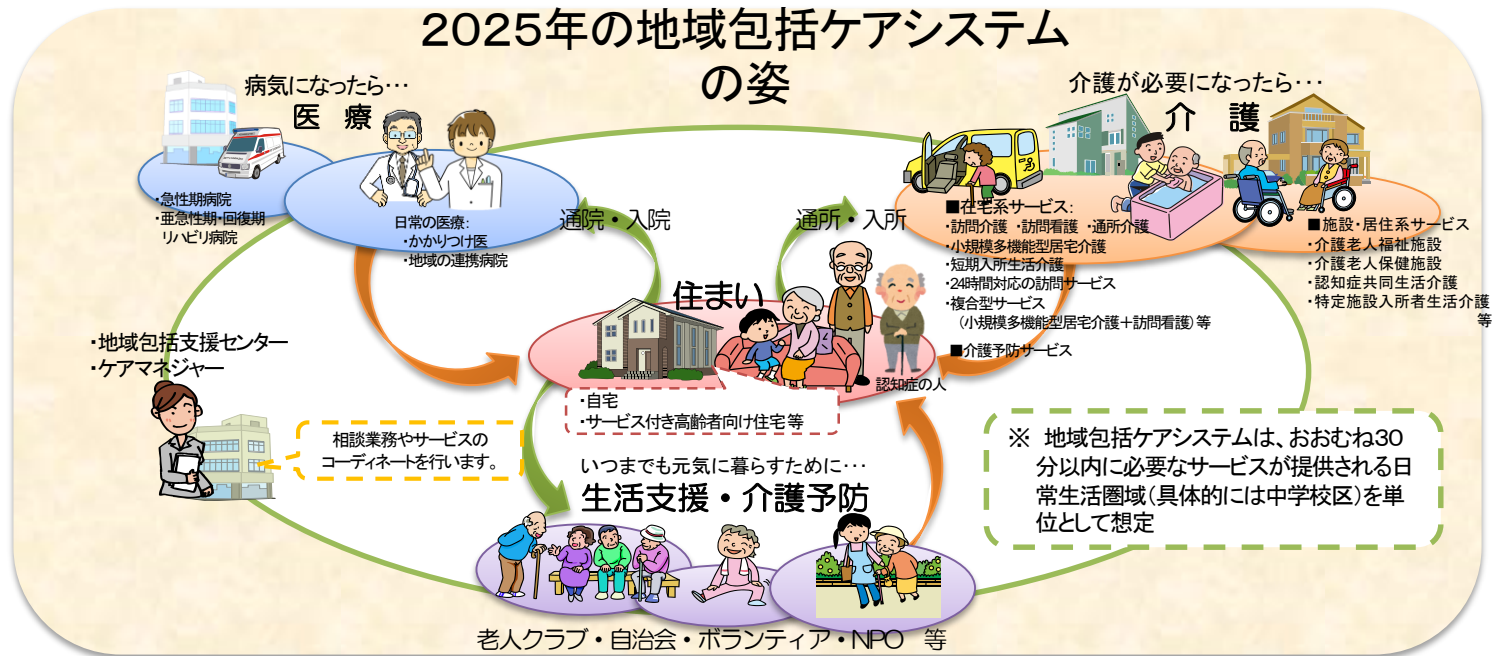
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in  
Place

# 平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。



# 地域包括ケアシステムと 栄養ケアマネジメント

- 地域包括ケアシステムにおける栄養ケアマネジメントの必要性
  - 食生活および栄養障害の改善、疾病の再発予防や疾病予防ができ、地域住民が住みなれたところでその人らしい生活を送ることができること
  - 地域包括ケアシステムに栄養ケアマネジメントを組み込むことが必要
  - 食と栄養が健康の基盤

地域包括ケアシステム  
から「栄養」がすっぽり  
抜けている！？

老人福祉施設に併設する診療所における

## 地域高齢者の

# 「食べること」を支援するシステム作り

## ～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～



社会福祉法人同胞互助会

愛全診療所・居宅療養管理指導

栄養ケアステーション愛全園 東京都昭島市

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

H23年度<sup>1</sup>



# はじめに

- 訪問系サービスが進んでいる中で訪問栄養は立ち遅れ、これほど進展しない事業も珍しい。実績がないから法も整わず人も増えない。
- ニーズはある。介護支援専門員が必要性を感じても訪問してくれる管理栄養士が存在しない。
- 何がそのようにさせているのか？事業として進まない課題の原因を追求していく必要がある。
- 栄養が介入すれば食のサービスの支流を担うヘルパーサービスの食事作成業務がやりにくいという考えがないとはいえない。

時代は地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作りを求めている。数年の地域活動の取り組みの後、地域高齢者の実態を症例に示し、そこから得られた栄養ケアのポイント報告します。

# 1. 地域高齢者の症例から見えるニーズ

## (1) 低栄養問題

- ① 高齢になれば食は細って当たり前という考えが低栄養を招く  
(症例1)
- ② 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう(症例2)

## (2) 認知症利用者の問題

- ① 食材を見ても料理が作れない食の確保のできない  
認知症高齢者(症例3)

## (3) 医療連携問題

- ① 医療連携ができず命を落としてしまう高齢者(症例4)
- ② 変形な食生活で寝たきりを作ってしまう(症例5)

## (4) 難病及び認知症の病態食(療養食・特別食)問題

- ① チームで取り組む弧発性脊椎小脳変性症(症例6)
- ② 人工透析にならないためのチーム連携(症例7)

## (5) 外来栄養指導は受けても効果をあげられない(症例8)

# (症例1) 本人も家族も気付かないまま2・3年で 40Kgあった体重が20Kg代になってしまった

女性 93歳 要介護3 (低栄養)心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

- ①朝食を高齢者一人で食べている : 息子夫婦が出かけてゆっくり食べる
- ②昼食は一人でちょっと口にするだけ: 作り置き料理には手をつけない
- ③夕食は家族団欒で進む: 朝、昼の食事が粗末になってしまうことなど考えない。

## <栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆高齢になれば食が細くなって当たり前の考えが低栄養を招く
- ◆食が細くなったら、対象者が納得する栄養補助食品を必要

## (症例2) 十分な食事が無くても、寝かせっきりでも 家族と住める喜びがある

女性 89歳 要介護4 (低栄養) 褥瘡 息子夫婦、孫と同居  
身長140cm 介入時体重24kg BMI12.2(3年前40kg・現在26kg)

### ・ 隔週でショートステイ利用

- ・ 座位を保ち、
- ・ 食事は自力  
で完食



### ・ 自宅療養の状況



- ・ 朝食と夕食: おにぎりと牛乳のみ
- ・ 昼食: ヘルパーサービスによる  
はんぺん入り温かいそば

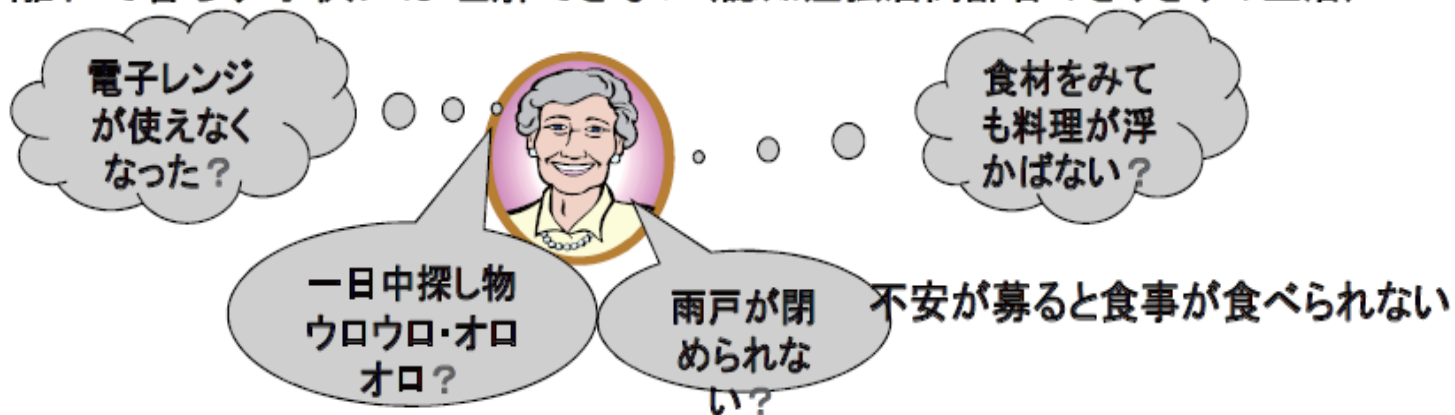
### <栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆ 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、  
ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう
- ◆ 食が命をつなぐ大切なことをチームで協力して  
家族の意識を変容させることが必要
- ◆ 訪問チームが同じ土俵で食事にこだわらないケアもある

## (症例3) 食材を見ても料理が浮かばない(低栄養)

認知症が始まった独居高齢者 女性87歳 要介護4 独居 認知症

### ◆離れて暮らす子供には理解できない(認知症独居高齢者のぎりぎりの生活)



- ①ヘルパー作成の食事を冷蔵庫から取り出して食べていなかった
- ②宅配サービスの食事がキザミ食だったために料理と認識せず食べなかった

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞: チームで情報の共有を

- ◆一人で食べている状況を観察し、認知症の生活全体を捉える
- ◆認知症の食の確保が命を左右することを肝に銘ずる

## **(症例4)肺ガン手術成功 退院後、 誤嚥性肺炎で亡くなった(嚥下困難)**

男性 73歳 要介護3  
身長155Cm 体重35Kg  
BMI 14.6  
妻と娘と同居

- ①21年11月 肺ガンの大手術後の退院時指導で  
「食べられる物は何でも良い」といわれ、家族は訪問介護サービスを選び、シチューやゼリー、トロミをつけた水分をあたえた。
- ②栄養介入前に窒息での死亡の悲報を聞いた
- ③家族はどのような状況下でも口からたべさせたい願望がある。

### **<栄養ケアマネジメントのヒント>**

- ◆管理栄養士は食のリーダー、命の危機管理を怠らず、誤嚥や窒息の危険性を真剣に伝えること
- ◆むせない誤嚥の恐ろしさを食事介助スタッフに説明責任を持つこと
- ◆ケアマネージャーと協力して摂食・嚥下機能評価医(医師・歯科医師)につなぎ積極的にチームケアを進めること
- ◆食の責任者として摂食・嚥下障害へのプロ意識を持とう

## (症例5) 偏った食事の継続による低栄養 ～妻と娘夫婦の2世帯住宅～ 男性 74歳 要介護4 (低栄養)

- ①脳梗塞後遺症で麻痺が残り、すべてに責任を感じ、家族に迷惑をかけたくない気持ちが強くなり手で食べられる物しか受けず、褥瘡を作るほど偏った食事が継続し習慣化してしまった

### 朝食のメニュー

レトルト卵いりおじや  
南瓜煮つけ

### <日中独居> 昼食のメニュー

カステラパン  
牛乳

### 夕食のメニュー

カステラパン  
牛乳  
柔らかい果物の缶詰め



- ②介護生活が長期に及び頑固な夫に辟易している妻がいる  
③コミュニケーションの取れない難事例で仙人のように生きる

<栄養ケアマネジメントのヒント>: 役割を持つこと

◆介護者のつらさを理解した上で、医師に高栄養流動食の処方をしてもらい、多職種と同時訪問を行い、へこたれず改善への道を見つけること

# (症例6)難病:共に戦う 身体障害進行を遅らせるため に

男性 57歳 要介護3 妻と同居

弧発性脊椎小脳変性症(20年10月発症)

<全訪問チームで支える難病>

- ①お尻歩き、握力低下、口腔機能低下などある中でさらに病状が悪化するか分からない不安と戦う
- ②いつか造設する胃ろうを受け入れながら、全身状態をベストに保ち進行を遅らせる
- ③介助なしには食べられない食環境で出来ることの食改善

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆医療チーム:栄養剤処方、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理
- ◆リハビリチーム:移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練
- ◆栄養チーム:栄養剤の提案、飲料水の提案、献立の工夫の提案、全効果の評価



## (症例7) 認知症高齢者：人工透析にならないように

男性 79歳 要介護1 独居

- ① 動機付けが難しく介護度でサービスが限定される
- ② 命に関わる治療食の重大さが理解できず、医師の言葉を都合の良いように受け取る
- ③ 自覚症状の少ない腎疾患、注意事項を余計なお世話と感じる

### <栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆医療チーム：病気の説明、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理
- ◆リハビリチーム：移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練
- ◆栄養・食事チーム：食べ物と体の変化の関係の説明、飲料水の提案、献立の提案、

(ヘルパーと協働) 買い物提案、調理法の提案、全効果の評価、

## (症例8) 治療効果をあげるためのより沿った指導 外来栄養指導を受けても効果が現れない

女性 75歳 自立 独居 糖尿病性腎症

- ①効果を期待した現実的な治療食の工夫を求める
- ②医療機関での栄養指導が個人の生活に見合った解釈が出来ていない  
(管理栄養士の説明は理解できるが、実際に実施すると迷う)
- ③調理作成(煮物は小鍋一つ、買い物単位での材料の使い方、おいしく出来る減塩食の作り方)になると不安を感じる

### <栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆励ましと励ます効果を表すデータの整理と説明
- ◆透析にならないための運動と食事療法及び身体状況の関係の説明
- ◆栄養・食事チーム:一般のおいしい料理をおいしい減たんぱく、減塩への工夫の  
(本人・調理補助・管理栄養士と協働) 仕方を提案し実調理による効果を

## 2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

### 1) 地域高齢者の実態

- ① 地域高齢者の食の課題を知る
- ② 地域高齢者の食環境を知る
- ③ 認知症で独居の地域高齢者を知る
- ④ 義歯が合わない、摂食・嚥下機能障害がある地域高齢者を知る

まず現場を見ること  
体感することの  
大切さを知る！

# 地域連携の推進連携：管理栄養士が介入すればできる



◆チームケア：連携の要ができれば成功する

（全職種に栄養ケアプラン・経過報告書・評価報告書・栄養ケア提案書を届けている）

◆ケアマネージャーの熱意、アンテナ、習熟度でも左右される

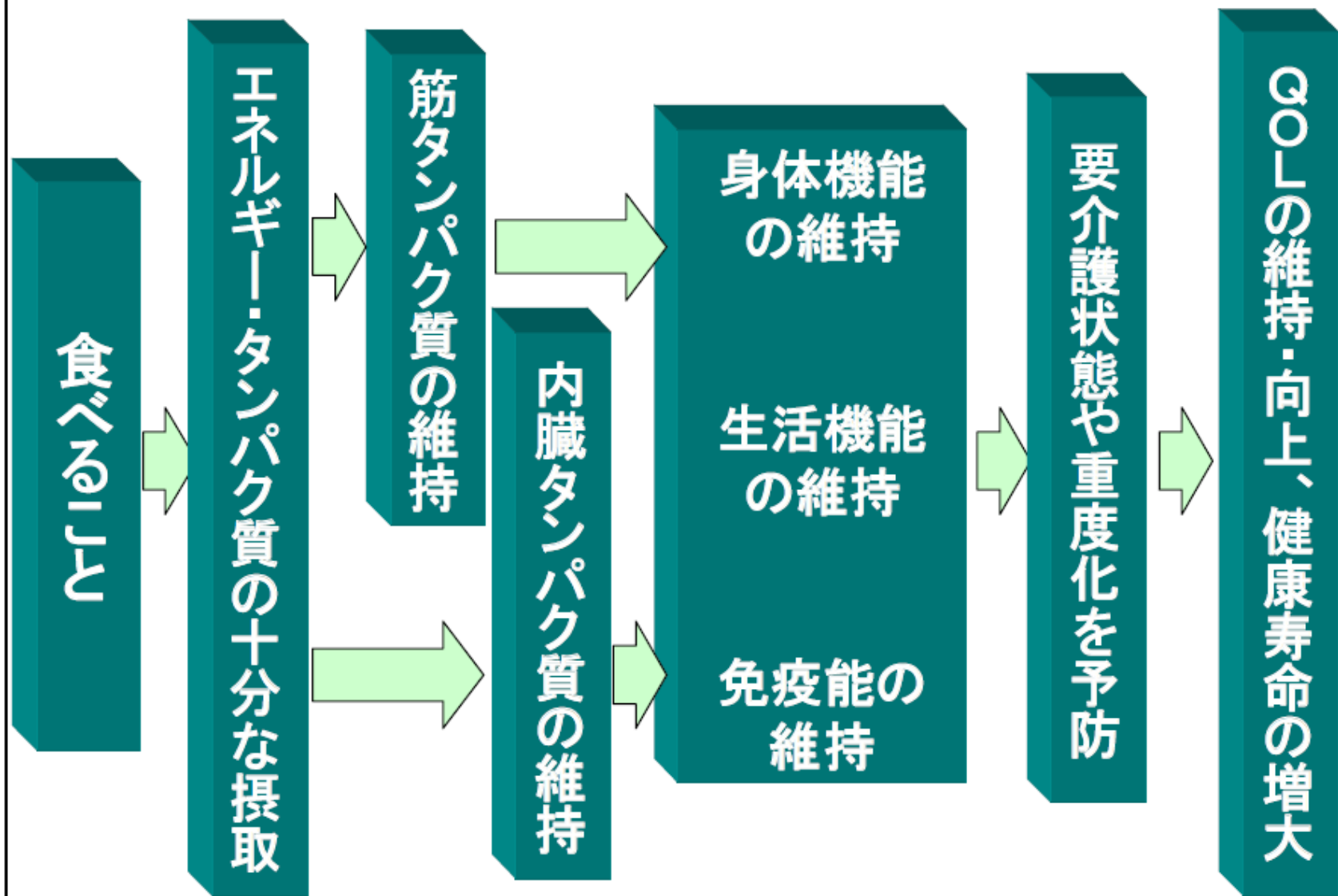
# 栄養ケア・ステーション

地域包括ケアにおける栄養ケアステーション活動に期待が高まっている



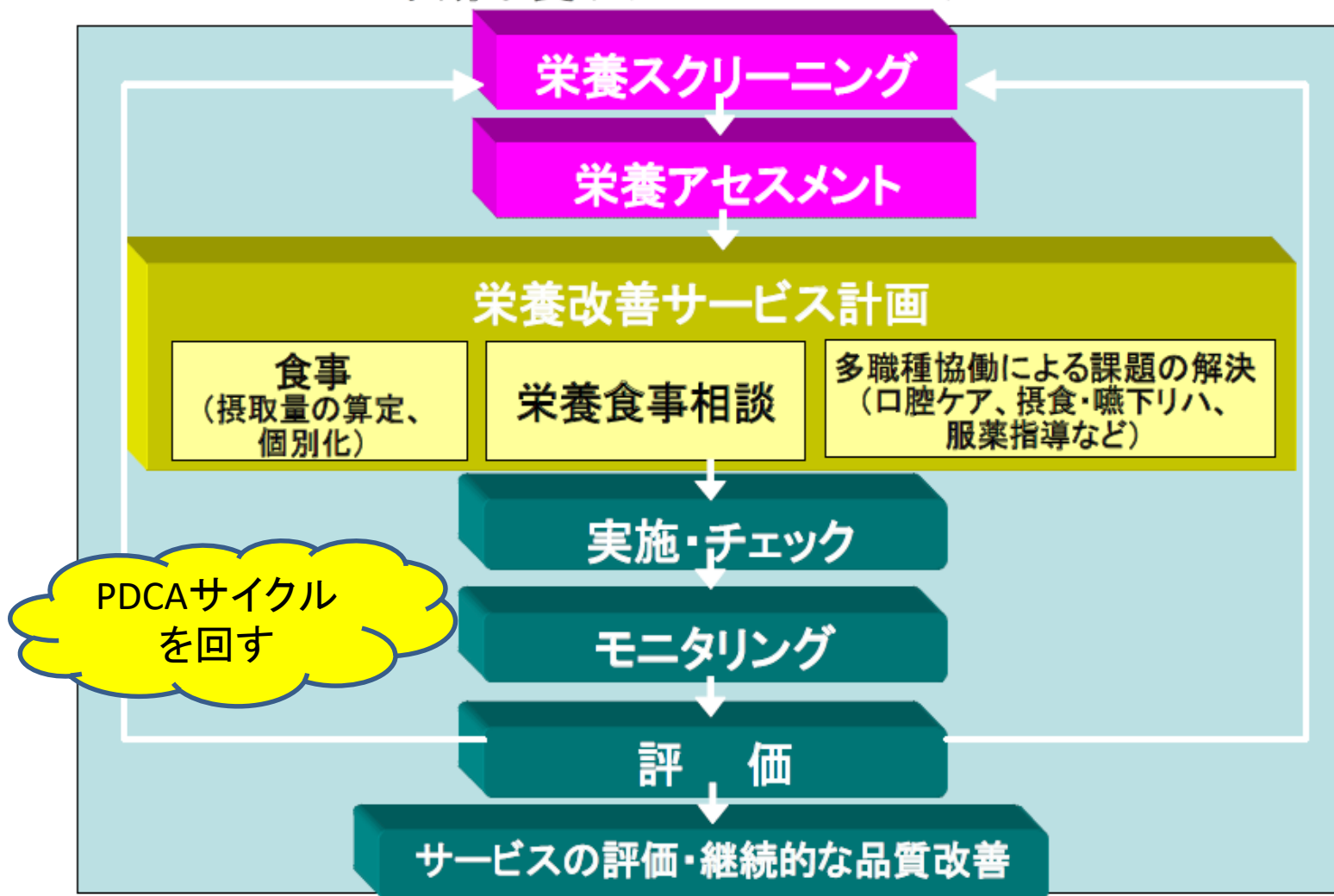
栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点  
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開

# 高齢者の「食べること」の意義



# 栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



# 簡易栄養状態評価表

## MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

食事摂取量

過去3か月の  
体重減少

移動性

過去3か月の  
ストレスと  
急性疾患

神経・精神  
的問題

BMI

BMIがわからない時は、ふくらはぎの周囲長

スコア12～14

低栄養の  
おそれなし

セルフケアのため  
の情報提供  
(資料1～7)

スコア8～11

低栄養の  
おそれあり

低栄養状態の改善に向けた各種サービス

二次予防事業  
参加勧奨

管理栄養士  
保健師の  
個別相談

配食サービス

スコア0～7

低栄養

管理栄養士、  
保健師の  
個別相談  
(必要な場合は  
医療機関へ)



地域包括ケアシステムに栄養士と  
栄養ケア・ステーションを加えよう！

介護



栄養士



通院 通所



訪問介護  
・看護



自宅・ケア付き  
高齢者住宅

住まい

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

地域包括支援  
センター・  
ケアマネ  
ジャー



相談業務やサービ  
スのコーディネート  
を行います。

※地域包括ケアシステムは、  
人口1万人程度の中学校区  
を単位として想定

# パート3

## 地域医療構想

2025年へ向けて大きく変わる病床の姿

## 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

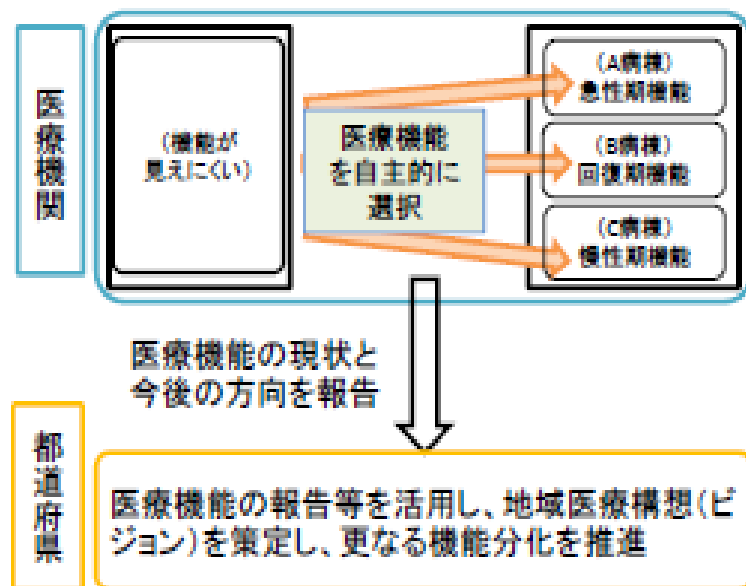
### ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

### ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



### (地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制  
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策  
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

## 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

# 病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

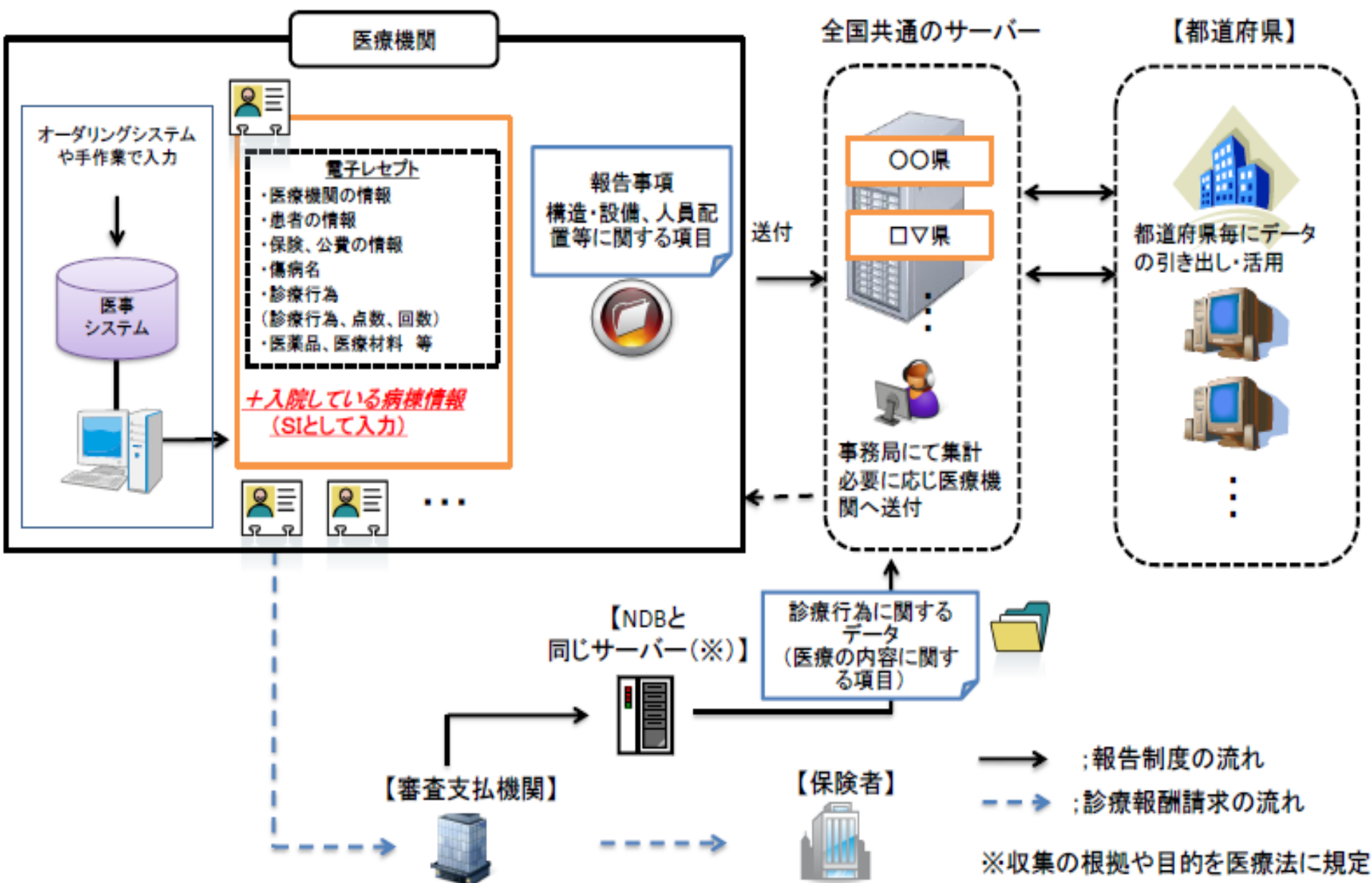
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
  - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

# 病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



# 病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

## 【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

### (対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する  
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の  
電子レセプトに記録した  
病棟コードを記載

# 地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長




# 地域医療構想策定 3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における  
医療需要の推計



③ 地域医療構想調整会議で  
医療提供体制(必要病床数)  
を協議

# ステップ②

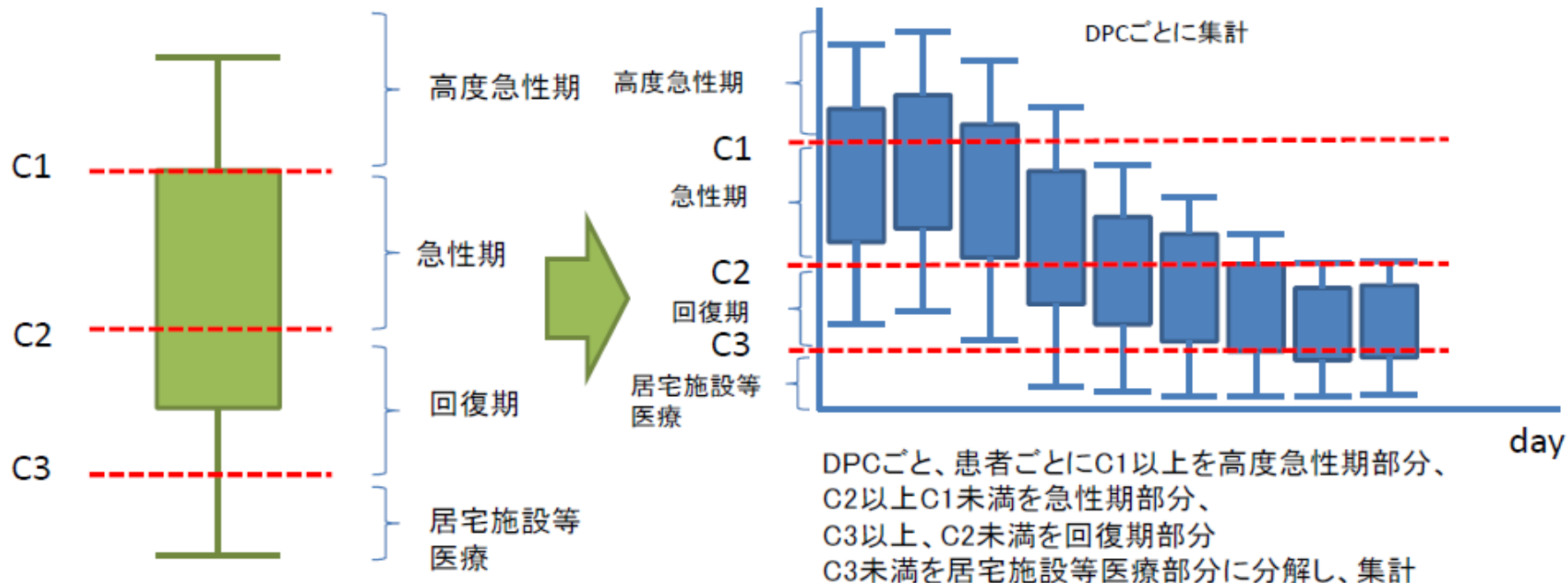
## 医療需要を推計する

# 医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
  - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
    - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
    - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
    - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

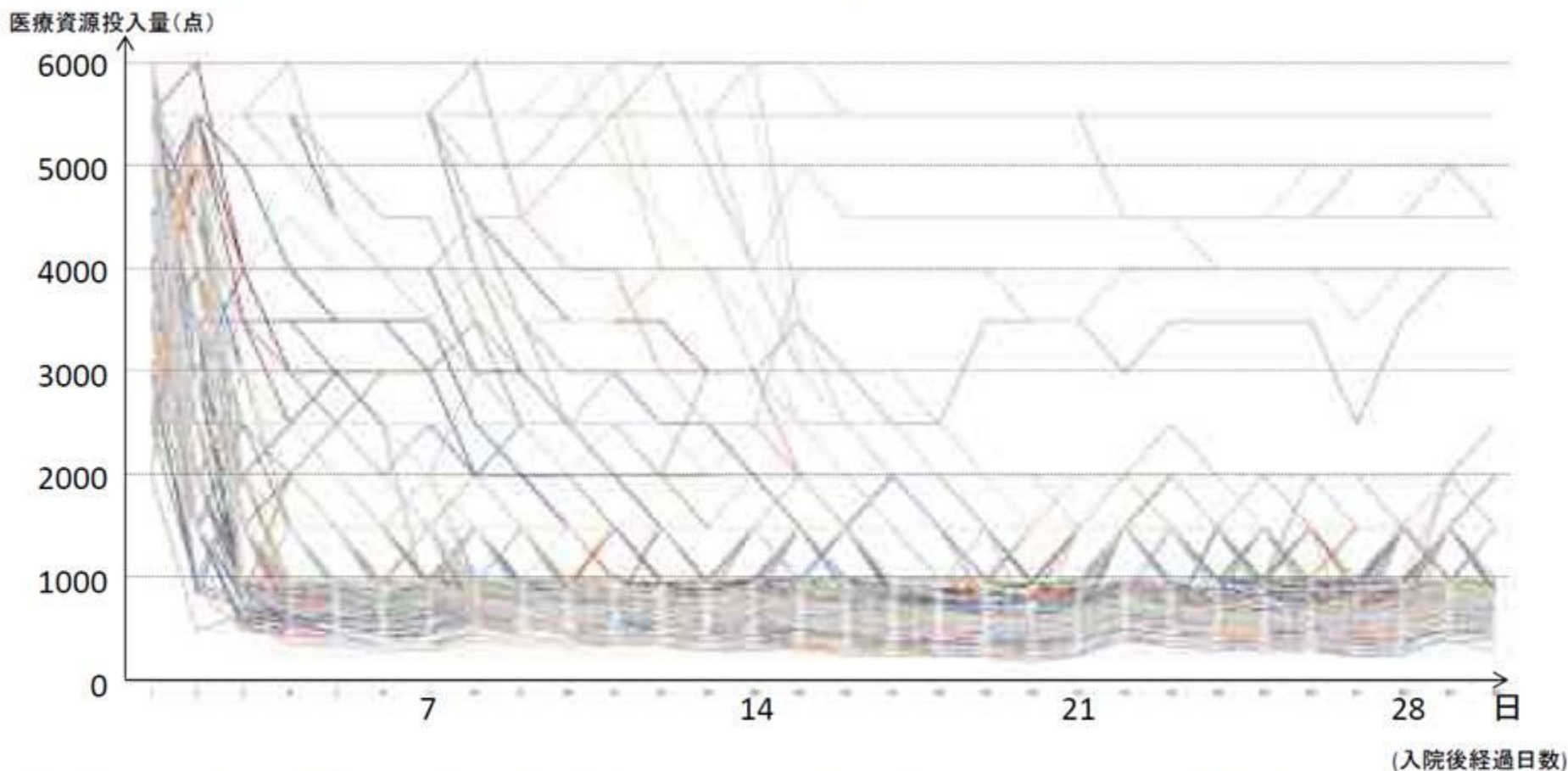
# 医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



# 医療資源投入量(中央値)の推移

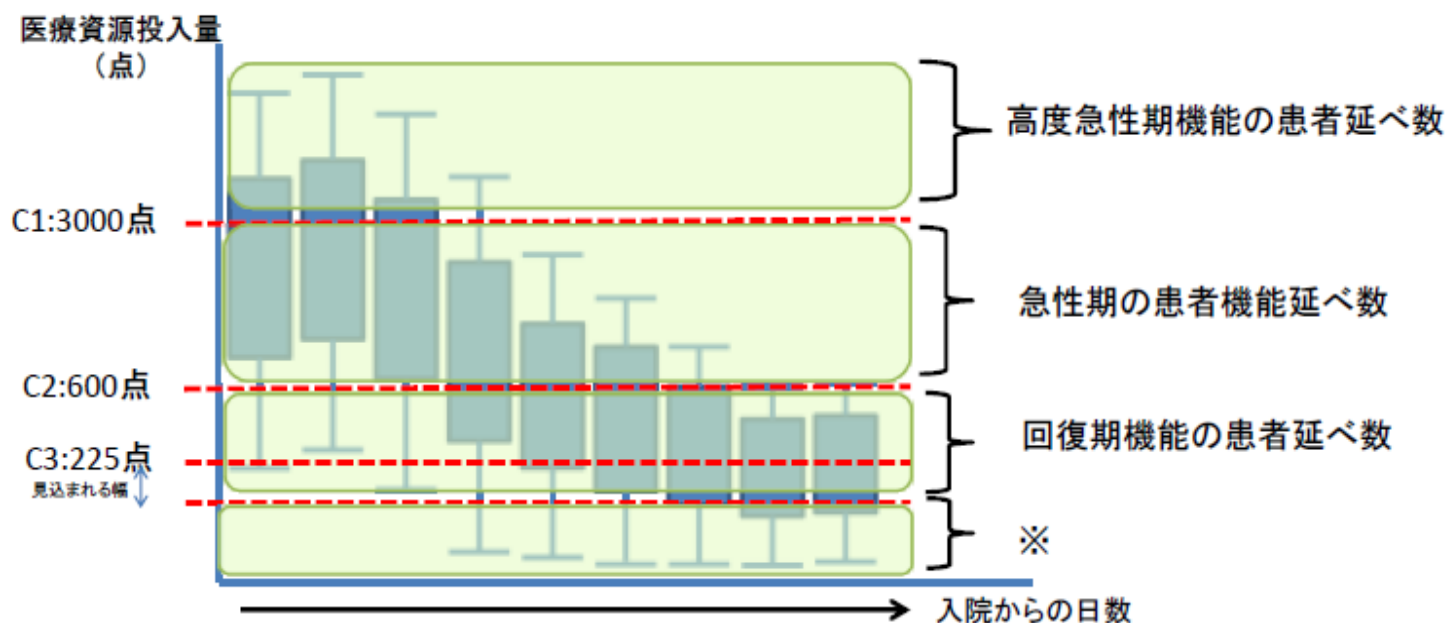
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

## 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
  - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

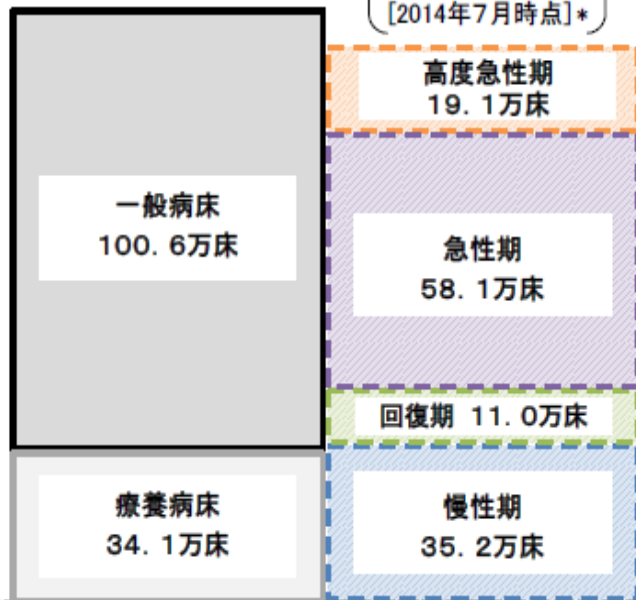
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

### 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



### 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

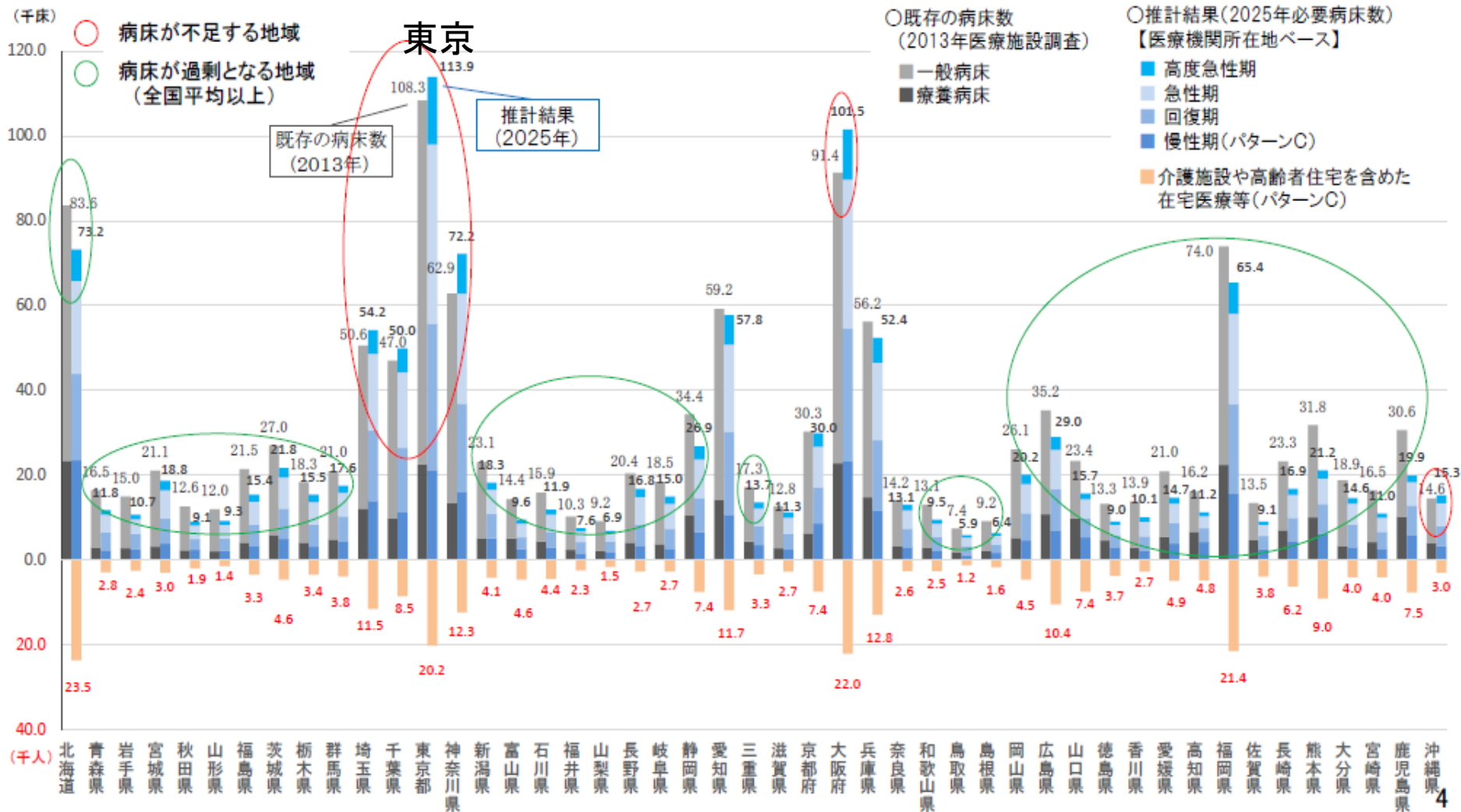
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。





# 2013年比2025年增減率(目標)

- ①15% 神奈川
- ②11% 大阪
- ③7% 埼玉
- ④6% 千葉
- ⑤5% 東京、沖縄
- ⑥-1% 京都
- ⑦-2% 愛知
- ⑧-7% 兵庫
- ⑨-8% 奈良
- ⑩-11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

# 病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし  
医療費を抑える(政府の目標)



13年の内訳は14年の病床機能報告から推計

内閣府の専門調査会  
(倉・永井島三自治医

科大学長)が人口推計や  
診療報酬明細書から、将

## 25年、30万人を削減

## 2025年までに最大20万床削減

都道府県	ベッドの削減数
大阪	10100

# 療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10日  
医政局、老健局、保険局合同開催

## 療養病床の在り方等に関する検討会 構成員

池端	幸彦	医療法人池慶会理事長・池端病院院長
井上	由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
猪熊	律子	読売新聞東京本社社会保障部部長
○ 遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
尾形	裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
折茂	賢一郎	中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長
嶋森	好子	慶応義塾大学元教授
鈴木	邦彦	日本医師会常任理事
瀬戸	雅嗣	社会福祉法人栄和会理事・総合施設長
田中	滋	慶応義塾大学名誉教授
土屋	繁之	医療法人慈繁会理事長
土居	丈朗	慶応義塾大学経済学部教授
東	秀樹	医療法人静光園理事長・白川病院院長
松田	晋哉	産業医科大学医学部教授
松本	隆利	社会医療法人財団新和会理事長
武藤	正樹	国際医療福祉大学大学院教授

# 療養病床に関する経緯①

## S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



## S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



## H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



## H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

### 【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

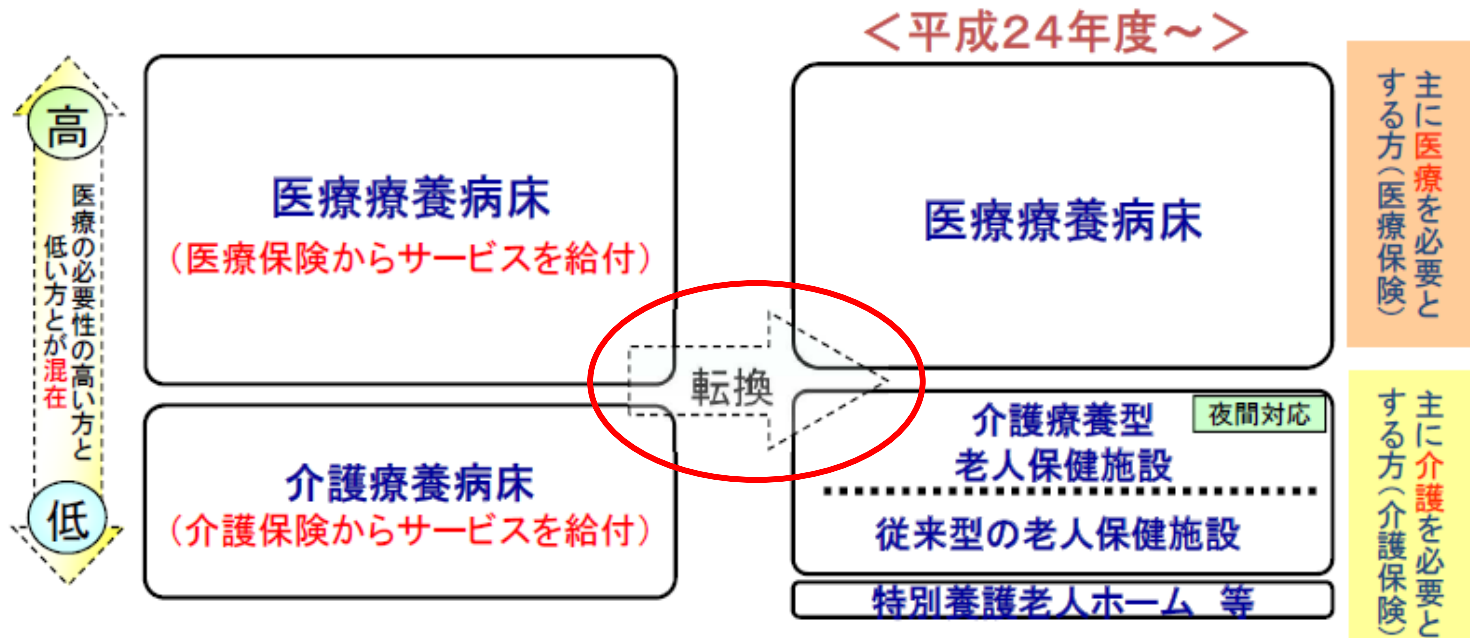
### 【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

# 療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止  
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者  
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

# 療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末  
介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

## <療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較  
※2 病床数については、病院報告から作成

# 医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。



介護療養病床  
はナーシング  
ホームに

介護療養病  
床の老健転  
換はむりすじ

介護療養病床  
の住宅転換は  
？



# 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関  
(医療療養病床  
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス  
(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等  
ができるよう、2つのパターンを提示)

医療を外から提供する、  
居住スペースと医療機関の併設  
(●医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換  
●残りスペースを居住スペースに)


○医療区分ⅡⅢを中心とする者  
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療  
○24時間の看取り・ターミナルケア  
○当直体制(夜間・休日の対応)  
●介護ニーズは問わない

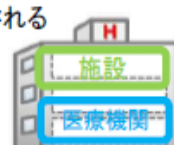
新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要  
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者




○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理  
○24時間の看取り・ターミナルケア  
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制  
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



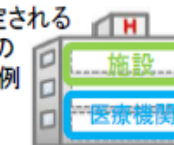
新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要  
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理  
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア  
●多様な介護ニーズに対応


▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要  
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



●多様なニーズに対応する日常的な医学管理  
○併設する病院・診療所のオンコール体制

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床として)経営を維持。

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要  
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○医療は外部の病院・診療所から提供

新類型

医療法人による特養設置の規制緩和を！  
日本看護協会は看多機を主張

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

# パート4

## 診療報酬改定と入院医療

入院医療等調査評価分科会より

# 診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
  - 医療機能に応じた入院医療の評価
  - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
  - 地域包括ケアシステム推進
  - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
  - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

7対1の厳格化

# 中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

# 中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

## 専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、  
中医協の議決により設置

### 診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議  
設置: H17  
会長:  
委員: 公益委員のみ  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度2回  
平成23年度2回  
平成24年度4回

### 薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議  
設置: H2  
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度2回  
平成23年度14回  
平成24年度7回

### 費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議  
設置: H24  
会長:  
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3  
開催: 改定の議論に応じて開催

### 保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議  
設置: H11  
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度2回  
平成23年度9回  
平成24年度1回

## 小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき  
中医協の議決により設置

### 診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う  
設置: H3  
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成22年度開催なし  
平成23年度開催なし  
平成24年度5回

### 調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う  
設置: S42  
会長: 野口靖子(早稲田大学政治経済学術院教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4  
開催: 調査設計で開催  
平成22年度3回  
平成23年度1回  
平成24年度3回

聴取

意見

## 診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討  
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度  
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度  
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度  
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会  
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会  
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

## 専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

### 薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議  
設置: H12  
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

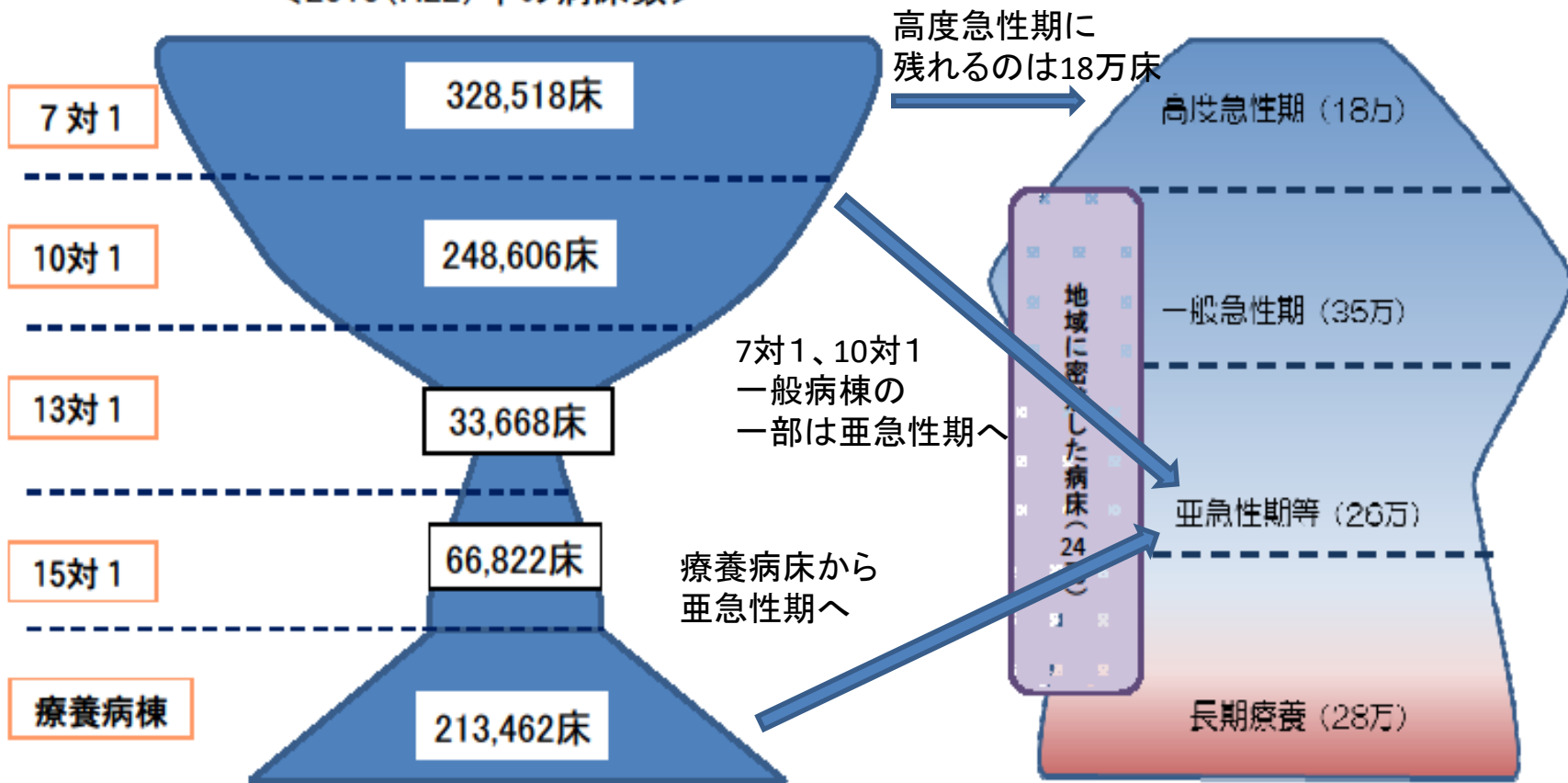
### 保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議  
設置: H12  
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

# 診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



# 2016年診療報酬改定と食事・栄養

7対1病床の要件見直しとチーム医療

# 7対1病床の要件見直し

看護師配置

平均在院日数

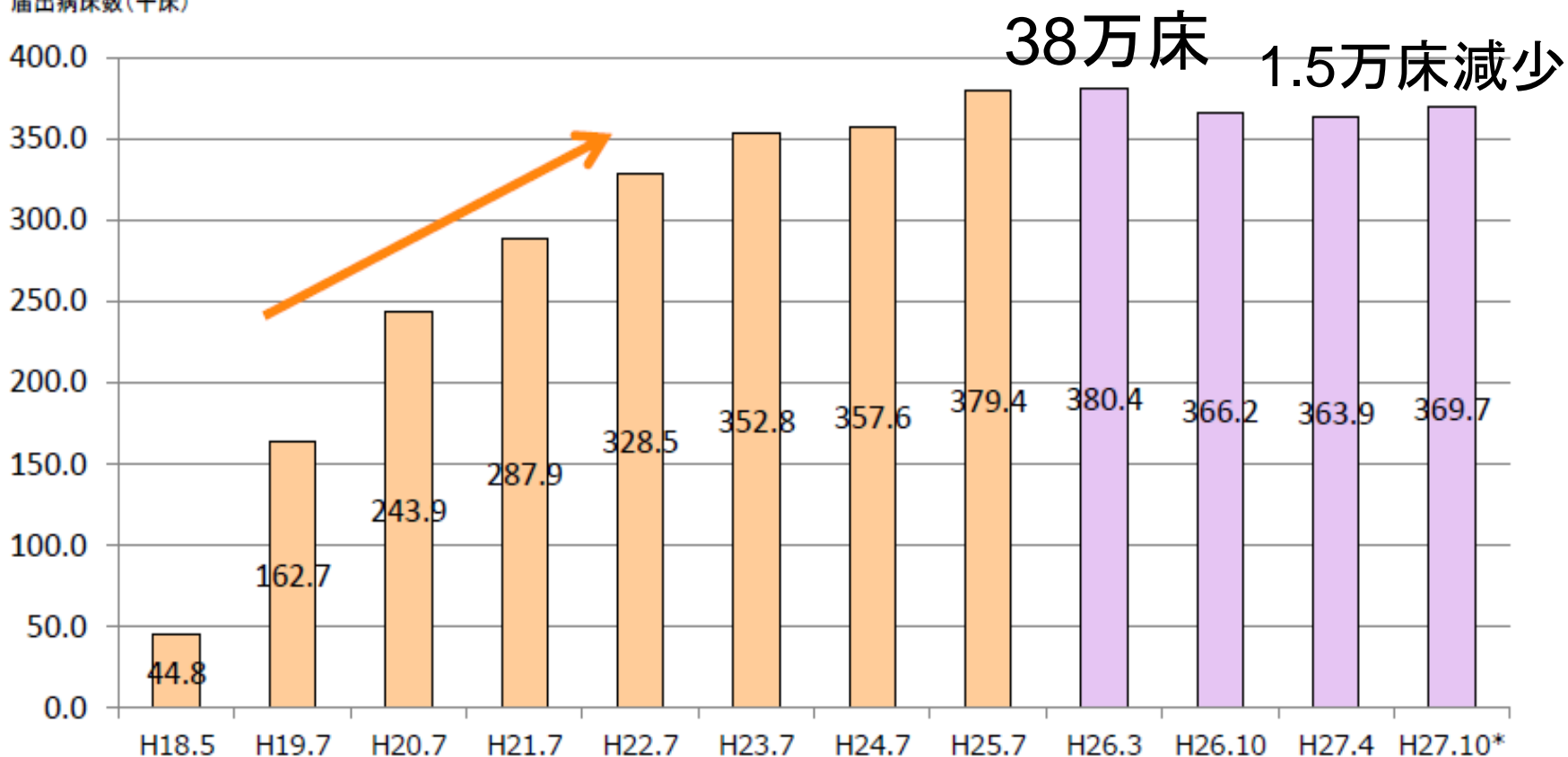
重症度、医療・看護必要度の見直し

在宅復帰率

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度には減少したが、直近の6か月では増加がみられた。

届出病床数(千床)



出典: 保険局医療課調べ

\*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目、B項目の見直し

## A項目(モニタリング及び処置等)

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置 褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) 喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用 追加④ ②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用 追加④ ④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用 追加④ ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

## B項目(患者の状態)

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

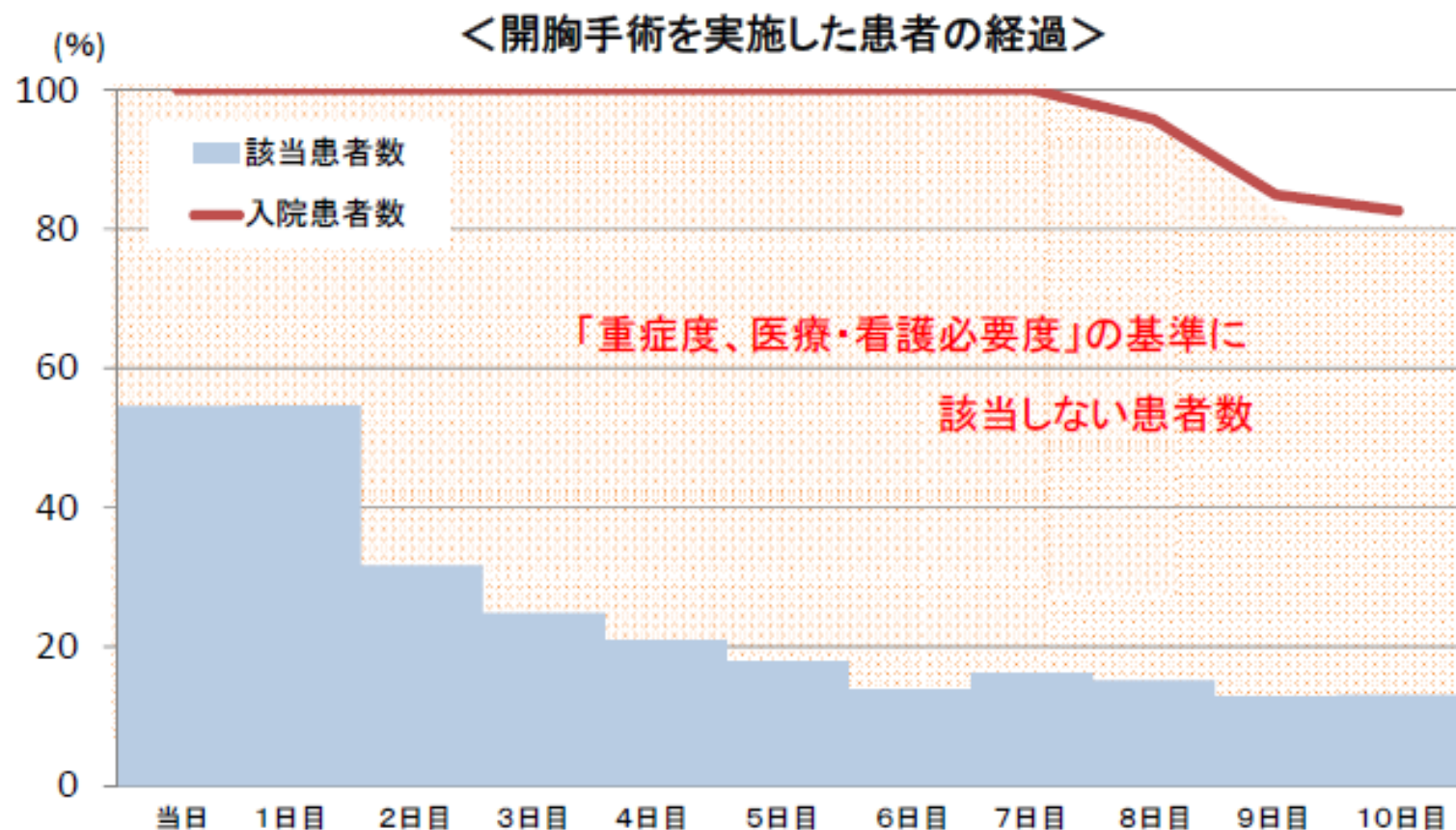
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の  
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は  
正しく急性期の  
患者を反映して  
いるのか？

## 開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



# 早期離床、早期経口摂取の ERASプログラムと重症度 、医療・看護必要度とは 矛盾する

早期離床、早期経口摂取は  
A項目、B項目の点数を下げる

# ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム





# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

## What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

### 周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

		プログラム	ERAS(イーラス)	従 来(非ERAS)
術前	1	入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
	2	腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
	3	絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
	4	前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
術中	5	胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
	6	硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
	7	短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかに持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
	8	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
	9	小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
	10	体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

## What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 4

### 周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

術後

11	離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
12	麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
13	悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
14	腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
15	カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
16	周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
17	予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

## What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

### 手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において  
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、  
注目すべき成果を上げている

#### 1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

#### 2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

#### 3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

#### 4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

# ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞\_2014年2月26日】

【文藝春秋\_2014年5月10日】

産経 産経 産経 産経 平成26年(2014年)2月26日 水曜日 12頁 1冊 4

## 産経 Health

手術後の早期回復プログラム「ERAS」導入の施設調査

手術後の早期回復  
—手術後1、2日病院(自宅復帰)まで済ませる  
—術後の手術負担が低減している

手術後の早期回復  
—1日入院患者が20万以内の施設  
—1日入院患者が20万以内の施設  
—1日入院患者が20万以内の施設

### 40歳以上の約半数に「股関節痛」

「股関節痛」は、高齢者の約半数に発生している。その原因は、加齢による関節の劣化や、運動不足による筋力の低下などが挙げられる。適切な運動や、適切な栄養摂取が予防に効果的とされている。

国民皆保険制度の日本。ある程度大きな病院なら、どこにいかっても治療レベルは同等で、費用も変わらないと思っている人は多い。ところが病院の費用は千差万別で、同じ手術を受けても、ある病院なら1週間程度で退院できることが、ある病院では数カ月かかる。それに伴ってかかる費用も当然大きく異なる。また、長期入院を余儀なくされる病院が必ずしも手術の質を落としているというわけではなく、実態としてはむしろその逆の場合が多い。同僚間の入院期間短縮に取組んでいる病院を取材した。

### 直前まで食事、早期離床…

## 術後の早期回復「ERAS」

「ERAS」は、手術前後のケアを最適化し、患者の回復を早めることを目指す。具体的には、術前の禁食時間短縮、術中の体位管理、術後の疼痛管理、早期離床、早期経口摂取などが含まれる。

「ERAS」の導入により、患者の入院期間が短縮され、手術後の合併症リスクも低下している。これは、患者の生活の質を向上させるだけでなく、医療費の削減にも貢献している。

手術の苦痛を取り除く最新術後ケア

## 手術の苦痛を取り除く 画期的メソッド

### 谷口英喜

神戸大学医学部 外科 教授

空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の苦痛(カテーテル類)の痛みで眠れない—そんな入院生活が変わるかもしれない。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神戸大学立保健福祉大学の谷口英喜教授(栄養学・専門は麻酔科学)が、その劇的な回復効果を解説する。

これまで入院といえば、手術後に三つの苦痛が患者にあると言われてきました。それは、食べられないこと、痛み、そして、動けないこと。この三つです。痛み止めは、傷が痛いと訴えて初めて与えられ、病室のベッドでは寝たきり。術後も術後も長時間椅子が制限され、水も満足に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したあんなに日常生活レベルが低下したという例は枚挙にいとまがありません。入院がむしろ病気を生んでいると指摘されることもあります。中でも麻酔薬を打っていたのが、絶飲食です。麻酔をかける時に気道確保のため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って肺炎の原因になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず、食物が通らないうと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が刺激されます。腸管も、食事により常分泌をしておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し、「サージカルディアベセス(外科的糖尿病)」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安をためるために鎮痛剤を打ったり睡眠薬を使うことが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険があります。

「ERAS」の導入により、患者の回復が早まり、手術後の合併症リスクも低下している。これは、患者の生活の質を向上させるだけでなく、医療費の削減にも貢献している。

BUNGEI SHUNBU 2014. 6 (181)

# A項目について

- A項目のみによる評価
  - 術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうか？
  - A項目かつB項目による基準と併用してはどうか？
- A項目の専門的な治療処置追加
  - A項目の専門的な治療処置の項目に「無菌治療室」の項目の追加

## 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

### 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

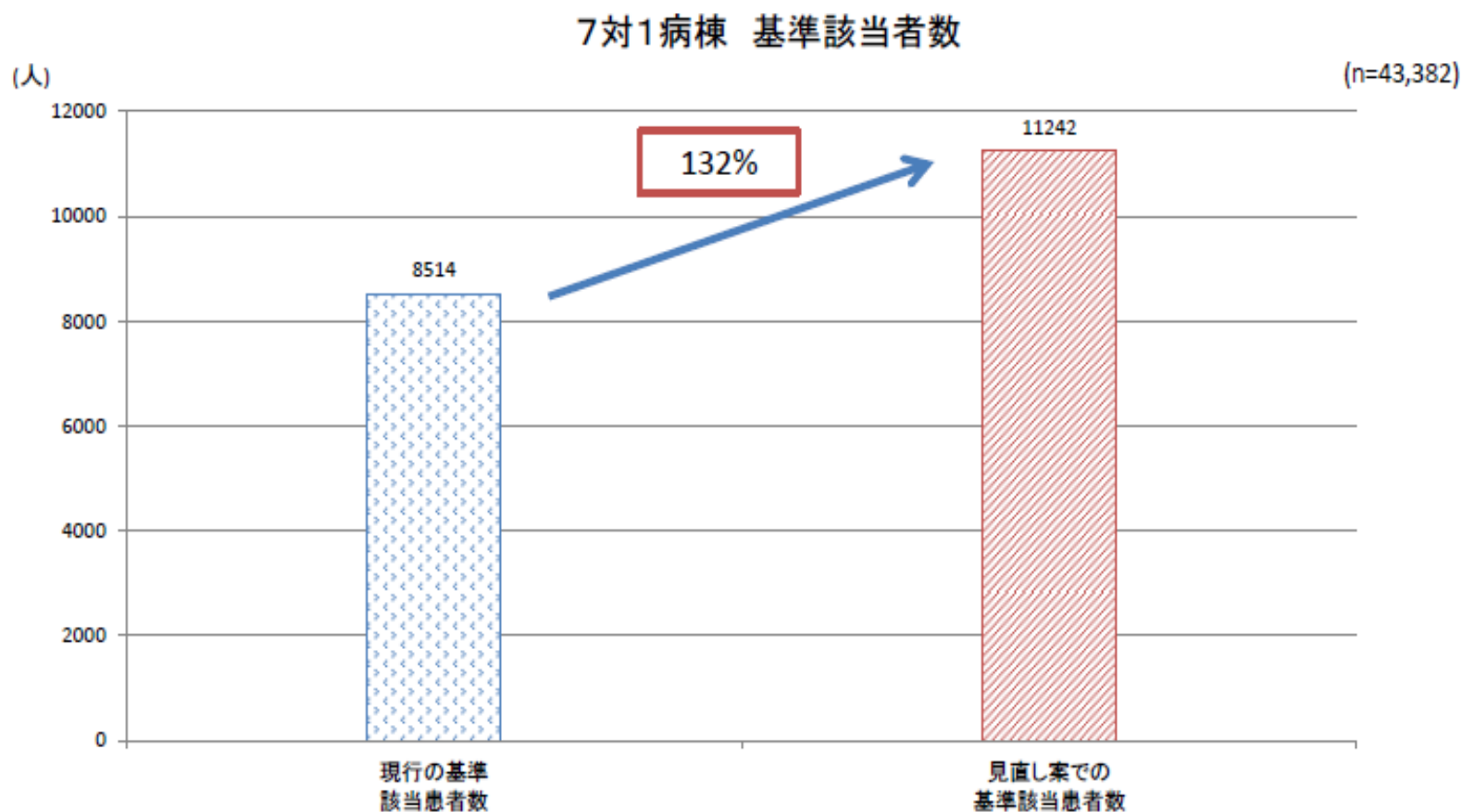
A得点が3点以上の患者

又は

C1得点が1点以上の患者

## 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者

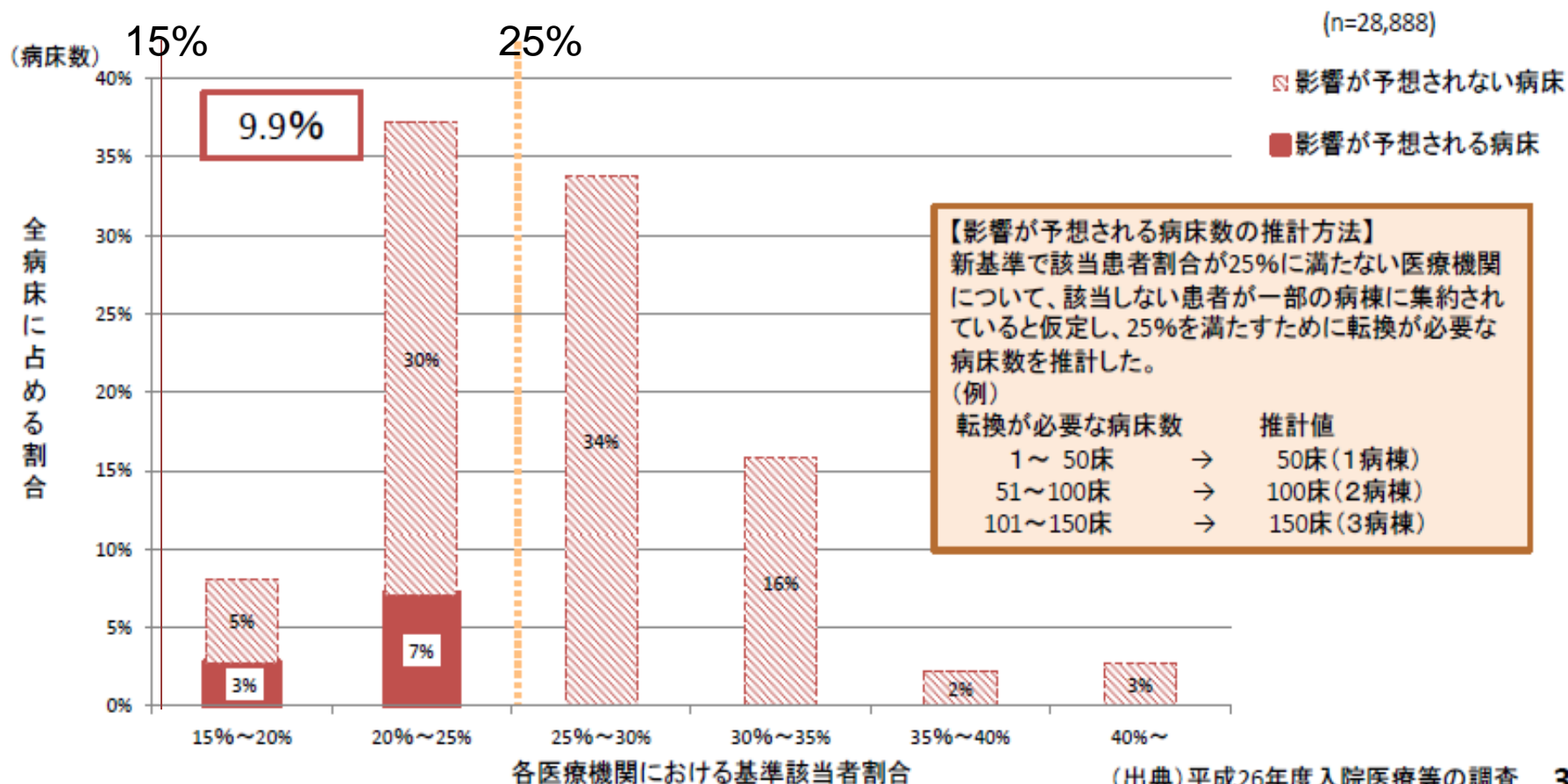
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



## 重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)

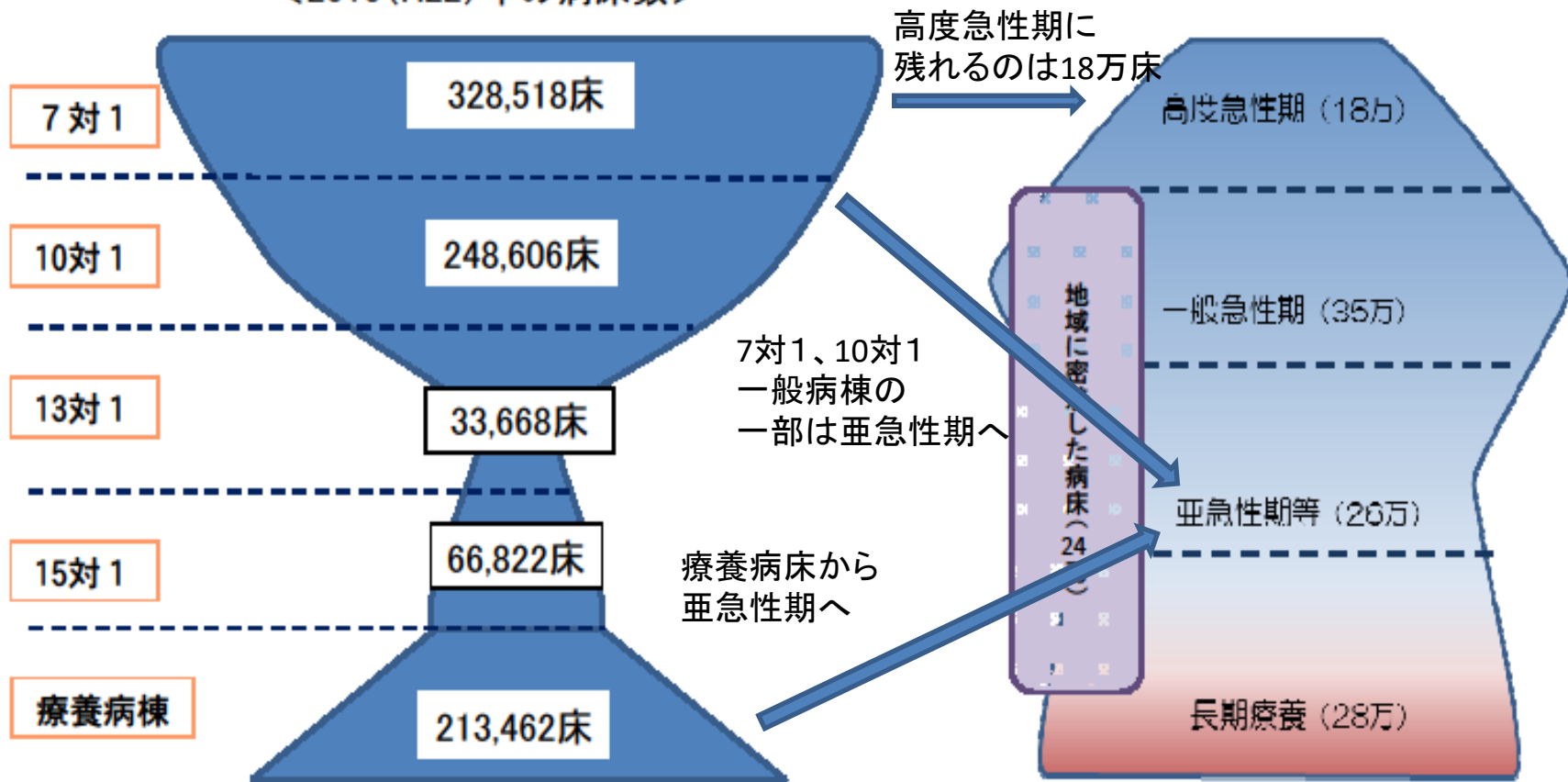




# 診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

# 地域包括ケア病棟の 要件見直し

7対1病床の受け皿として

# 地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
  - ①急性期病床からの患者受け入れ
    - 重症度・看護必要度
  - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
    - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
  - ③在宅への復帰支援
    - 在宅復帰率
- データ提出
  - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

# 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

### [施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

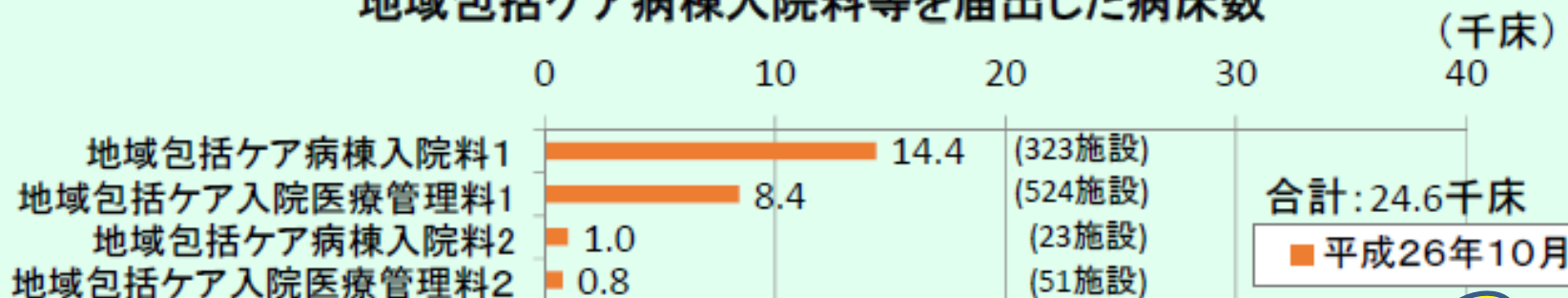
看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

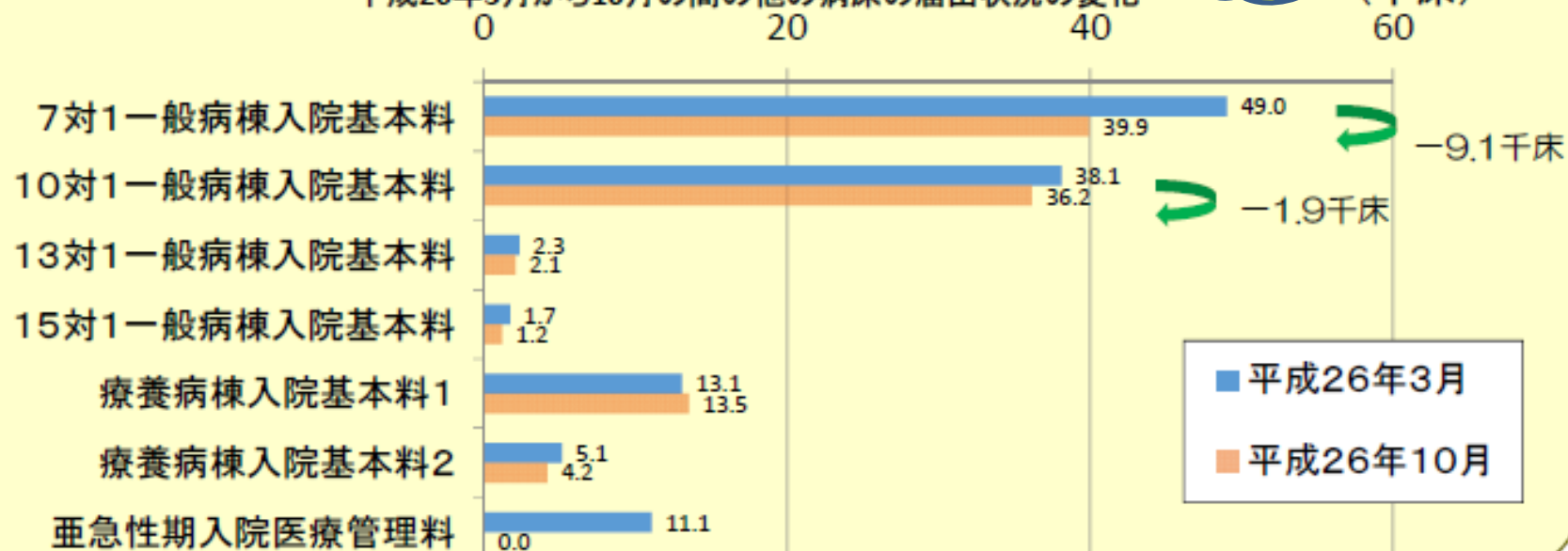
# 地域包括ケア病棟の届出状況①

## 地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



2.46  
万床

## 地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における平成26年3月から10月の間の他の病床の届出状況の変化

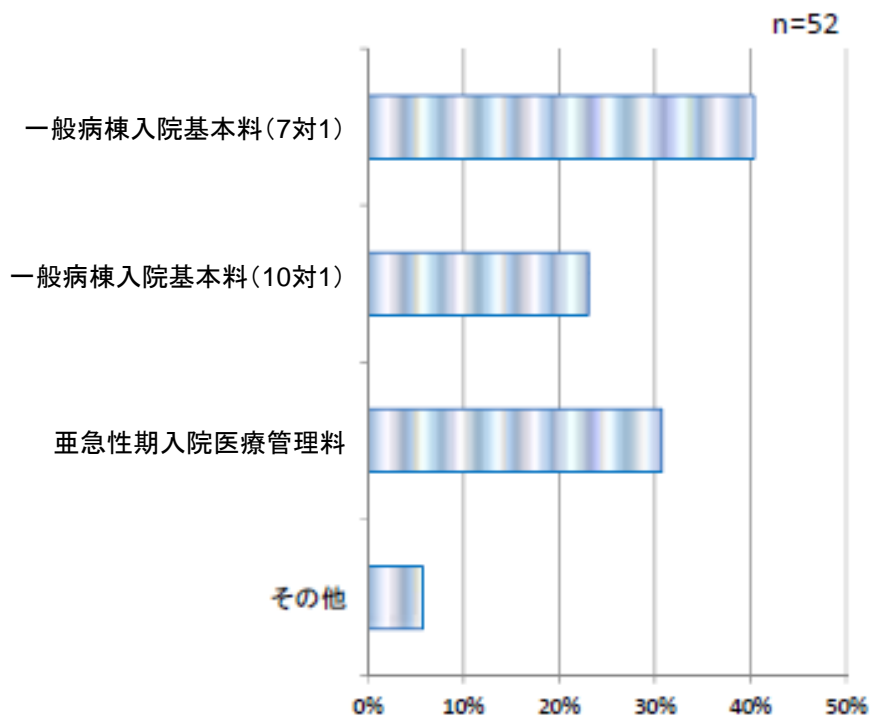


出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

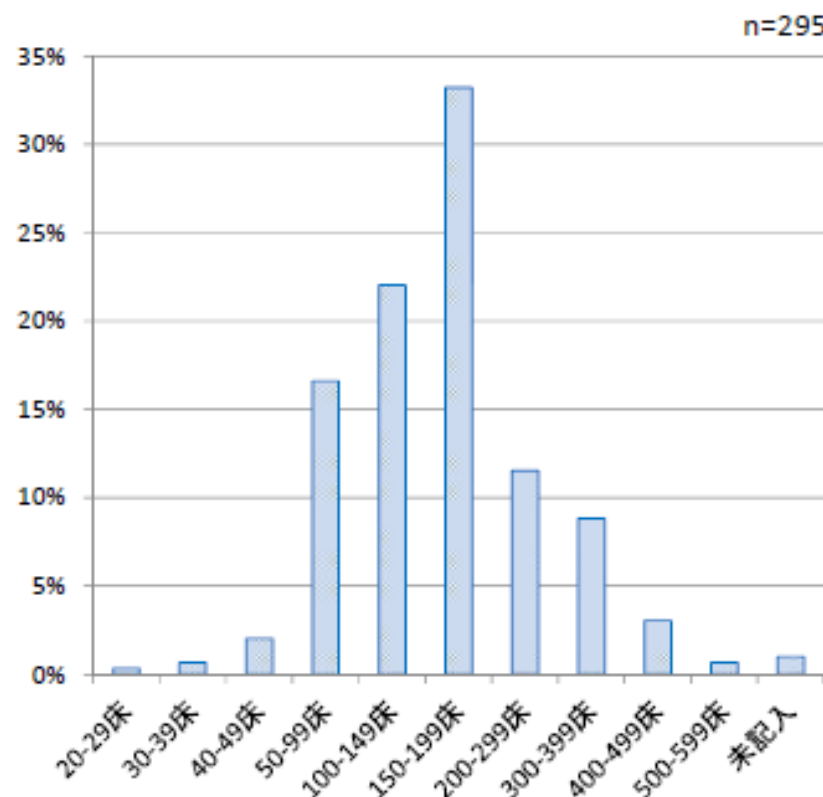
## 地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 地域包括ケア病棟について、7対1・10対1一般病棟入院基本料と亜急性期入院医療管理料からの転換が9割以上を占めている。
- 届出を行った医療機関の病床規模については、100～200床の医療機関が過半数を占める一方、200床以上の医療機関も一定程度存在している。

＜地域包括ケア病棟(管理料)に転換する前の入院料＞

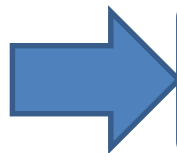


＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



# 地域包括ケア病棟における 手術料の取り扱いについて

- 地域包括ケア病棟では手術料・麻酔料は包括となっている
- このため行われていた手術は創傷処置や皮膚切開、胃ろう造設術等の軽微な手術料が多く、その出来高実績点数は入院1日あたり平均2.9点であった。
- 手術料についてはこのまま包括とすべきという意見
- しかし一方、地域包括ケア病棟が、その役割の「在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ(サブアキュート)」を行うにあたり、手術料や麻酔料を包括外とすべきという意見もあった。



地域包括ケア病棟の手術料・麻酔料は  
包括外となった

# パート5

## チーム医療と栄養・食事





ソーシャル  
ワーカー



医師



看護師



臨床  
検査技士



薬剤師



# NST

## 栄養サポートチーム

言語聴覚士



栄養士



歯科医師・歯科衛生士



# NSTラウンド



# 栄養に関する診療報酬上の主な評価

## 入院

### ○栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)

### ○入院栄養食事指導料

(125～130点/週1回・入院中2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

### ○集団栄養食事指導料

(80点/月1回)

### ○摂食障害入院医療管理加算

※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる  
(200点(30日以内)、100点(31～60日以内))

## 特別食

(1食当たり76円を食事療養費に加算)

腎臓食

肝臓食

糖尿食

胃潰瘍食

貧血食

膵臓食

脂質異常症食

痛風食

フェニールケトン尿症食

楓糖尿症食

ホモシスチン尿症食

ガラクトース血症食

治療乳

無菌食

小児食物アレルギー食<sup>注1)</sup>

特別な場合の検査食<sup>注2)</sup>

注1: 外来及び入院栄養食事指導料に限る。

注2: 単なる流動食及び軟食を除く。

## 外来

### ○外来栄養食事指導料

(130点/月1回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

### ○糖尿病透析予防指導管理料

(350点/月1回)

## 在宅訪問

### ○在宅患者訪問栄養食事指導料

(450～530点/月2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な在宅で療養を行っている患者**に対して食事計画案などを交付し、**30分以上調理を介して実技を伴う指導**を実施

### ○在宅患者訪問褥瘡管理指導料

※在宅褥瘡対策チームの一員に管理栄養士が含まれる  
(750点/2回まで)

# 栄養サポートチーム加算の概要

## 栄養サポートチーム加算(週1回)

200点

### [概要]

栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した他職種からなるチームが診療することを評価したもの。

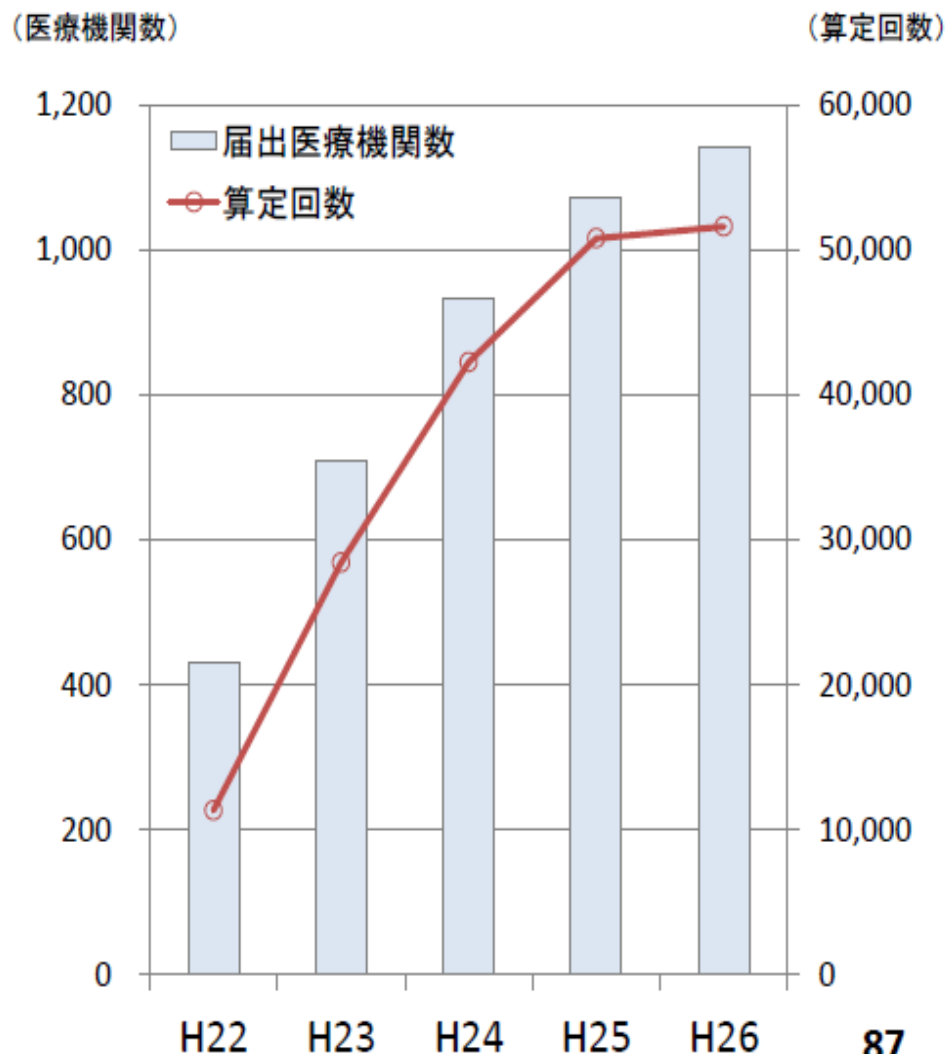
### [算定要件]

- ・回診及びカンファレンスの実施
  - ・栄養治療実施計画の作成
  - ・退院時等の指導
  - ・様々なチーム医療の連携
- 等

### [施設基準]

- ・専任の配置が必要な職員  
医師・看護師・薬剤師・管理栄養士
- ・配置されることが望ましい職員  
歯科医師・歯科衛生士・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・言語聴覚士 等

## ＜栄養サポートチーム加算の算定回数・届出医療機関数＞



# がん患者の食欲低下と栄養食事指導

- がんによる化学療法中の患者の多くに食欲低下がみられる。
- こうした患者には、症状等に応じたきめ細かな食事の工夫と指導が必要である。

がん化学療法中の入院患者102名のうち、67名(66%)に食欲低下がみられ、その原因は食欲不振、嘔気、味覚変化等であった。

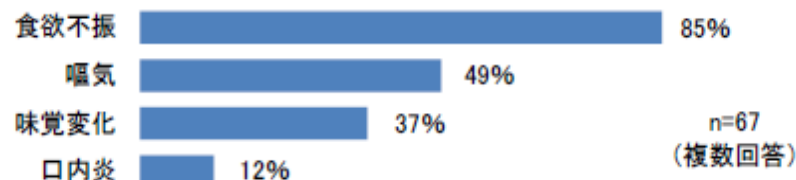


図 食欲低下の理由

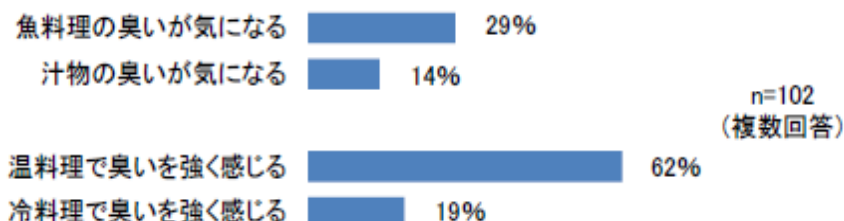


図 嗅覚の変化や温度による臭いの感じ方

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)  
(図は保険局医療課で作成)

表 化学療法中の食事の工夫及び指導の例

悪心・嘔吐	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頻回に少量ずつ分けて食べる。</li> <li>・ 刺激の強い食事や油分の多い食事は控える。</li> <li>・ 冷たく口当たりの良いものやレモンなどを使用する。</li> <li>・ 吐き気が強いときは、食事を休み水分摂取を促す。</li> <li>・ いろいろな食品を使わず、シンプルな料理にしてみる。</li> <li>・ 同じものを続けて食べない。</li> </ul>
味覚異常	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 味を感じない場合は、味を濃くしてみる。</li> <li>・ 塩、醤油味を苦く感じる場合(や金属のような味がする場合は)、塩、醤油を控え、だし味や味噌味を利用してみる。レモンなどの柑橘類を使用してみる。</li> <li>・ 食べ物が全体的に苦く感じる場合は、甘みを強くしてみたり、キャラメルなどで口直しをしてみる。</li> <li>・ 甘みを強く感じる場合は、砂糖やみりんは控えて、塩味や醤油味を使用してみる。レモンなどの酸味やスパイスを利用してみる。</li> </ul>
口腔粘膜炎 (口内炎)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事の硬度を減らし、軟らかいものにする。</li> <li>・ 極端に熱いものや刺激の強いものは控える。</li> </ul>
食欲不振	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食べたい時に、好みの食べたい物を食べる。</li> <li>・ 少量ずつ盛りつけて、品数を増やす。</li> <li>・ 主食をパンや麺類にかえてみる。</li> <li>・ ゼリー状のもの、冷たいもの、香りの良いものを利用する。</li> <li>・ 栄養補助食品を利用する。</li> </ul>

(出典: 小林由佳ら. 静脈経腸栄養. 28(2), 627-34, 2013)

きめ細かな個別支援が必要

# がん患者への栄養食事指導の効果

- 放射線治療を受けるがん患者への個別の栄養食事指導により、栄養状態やQOLが改善するとされている。

## A ランダム化比較試験

【対象者】 放射線治療を受ける消化器がん又は頭頸部がん外来患者60名(平均61.9±14.0歳)

【方法】 対象者を**介入群**(放射線治療開始時から管理栄養士による個別栄養食事指導を定期的実施)又は**対照群**(小冊子による栄養情報の提供等、通常ケアを実施)のいずれかにランダムに割り付け、放射線治療開始後12週間の体重増加量やQOLスコア増加量等を比較

### 管理栄養士の個別栄養食事指導により、体重管理及びQOLに有益な効果

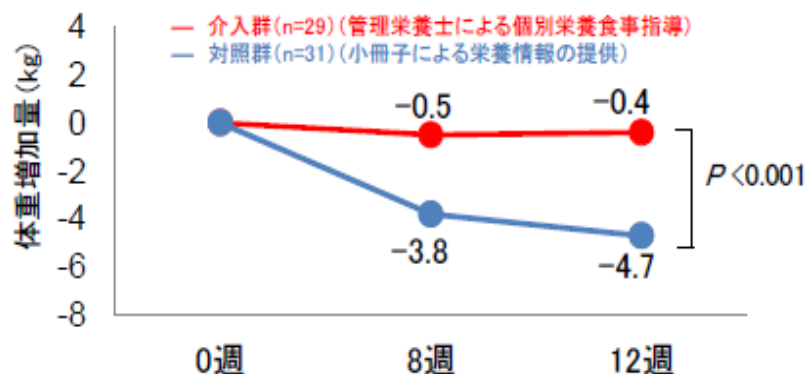


図 体重の変化

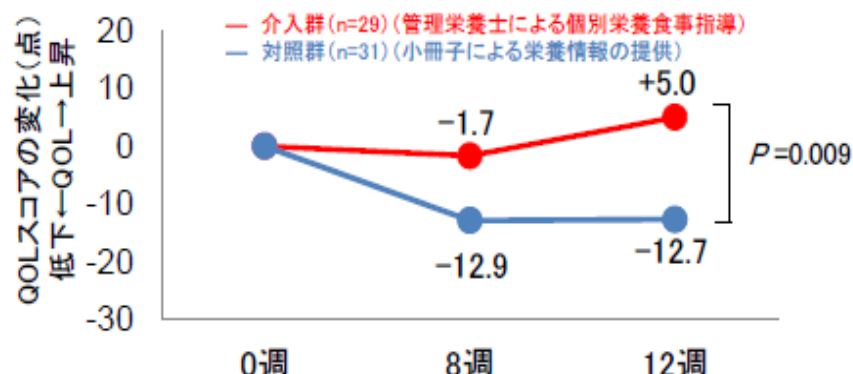


図 QOLスコアの変化

(出典: Isenring EA et al. *Br J Cancer* 2004; 91: 447-52.) (図は保険局医療課で作成)

## B 文献評価(システマティックレビュー)

【内容】 放射線治療を受ける頭頸部がん患者に対する栄養的介入が患者の栄養状態やQOL等に与える効果について、Pubmed、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials(CENTRAL)、CINAHLを用いて、関連のランダム化比較試験を検索・精査し、データを抽出、評価。

**「管理栄養士による個別栄養食事指導は、一般的な栄養アドバイスなどに比べて、放射線治療を受ける頭頸部がん患者の栄養状態、QOL等に有益な効果をもたらす。」**

(出典: Langius JA et al. *Clin Nutr* 2013; 32: 671-8.)

## 嚥下障害への対応

- 患者・家族への嚥下食に関する指導は、実態として比較的多くの施設で既に実施されている。

表 管理栄養士・栄養士が嚥下障害に関して実施している項目(複数回答)

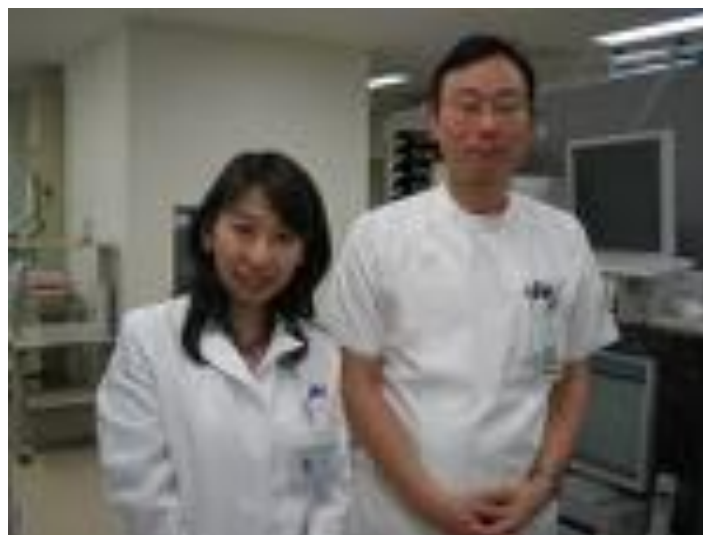
活動内容	施設数 (n=216)	%
病棟スタッフからの嚥下食の相談対応	210	97
ミールラウンド(食事観察)の実施	188	87
患者・家族への嚥下食に関する指導	179	83
栄養サポートチーム活動の一環として嚥下に対応	141	65
症例カンファレンスへの定期的な参加	135	63

[調査対象]

日本栄養士会医療事業部から各都道府県栄養士会医療事業部を通じてアンケート調査を依頼し、同意が得られた全国216施設(病院、介護保険施設等)

(出典: 日本栄養士会: 平成25年度政策課題「嚥下対応食(嚥下調整食)」に関するアンケート調査結果報告  
(表は保険局医療課で一部改変)

# 国際医療福祉大学三田病院 (がん診療連携病院)の事例





# がん手術の栄養管理

- 癌の部位によっては術前より通過障害が起きている場合がある
- 術前の栄養状態が悪い場合には、術前にインパクトなどを飲んでもらう
- 術後は経口摂取ができない場合には早期より経腸栄養を開始し、経口摂取へと切り替えていく
- 術後の状態に合わせて食形態を考慮する

# 食事形態

ミキサー食



とろみ食



きざみ食



一口大食

# 化学療法 of 栄養管理

- 化学療法開始2週間後より栄養状態の変化が現れる
- 婦人科の場合には短期間治療のため3日目より食欲低下などの症状が現れる
- 口腔粘膜炎の発生
- 味覚障害
- 悪心嘔吐などの消化器症状
- 腸管機能維持ができるような食事の検討

# 放射線療法の栄養管理

- 放射線療法開始1ヶ月後より栄養状態の変化が現れる
- 熱傷からくる口腔内トラブル
- 唾液分泌低下による咽頭通過障害
- 経口摂取が不可能になる場合が多い
- 早期よりPEG管理をすることが望ましい

# 食欲不振

- ご飯の臭いが苦手→お粥・麺類・パン
- 量が多い→主食は通常の半分・副菜は1/2量
- 戻してしまおう→消化のよいもの
- 食べたくない→家族の差し入れ食
- 冷たいものを好む
- さっぱりしたものを好む→酸味のある果物やサラダ・酢の物

# 味覚障害の対応

## 味覚障害の出現パターン

1.何を食べても苦く感じる



2.醤油の味がわからない



3.甘味がわからない



## 対応策

味付けの工夫(だしのみで調理)

流動物のみ摂取可能

⇒ミキサー食1/2量+栄養補助食品(テルミール等)

# 抗がん剤ハンドブック作成 (三田病院)



## 4. 抗がん剤治療中の食事について

### (1) 抗がん剤治療中の食事はどうすればよいのですか？

治療中は様々な副作用が生じます。合併症がない限り、食事の制限はありません。食べられるものを少しずつ、体調に合わせて食べるようにしてください。

3度の食事にこだわることなく、少量頻回食にし、間食の時間を有効に利用してください。また、1回の食事の盛り付け量もいつもより減らして、食べきった満足感を得ることも大切です。

自分に合った食べやすく、たんぱく質の豊富な食品を探してください。栄養は腸から吸収されるので、口から食べることはとても大切です。絶食（何も食べないこと）をすると、腸管の機能が低下してしまいます。

### (2) いろいろな症状が出たときの食事のヒントについて教えてください。

#### ① 吐き気があるとき

嘔吐や吐き気がある時には、冷たい温度に敏感になります。

# 摂食・嚥下チーム



摂食・嚥下チーム



# 摂食・嚥下チーム

## 医師

全身管理、検査、  
訓練指示



## 栄養士

嚥下食の  
選択と供給

## 看護師

口腔ケア、摂食介  
助、摂食嚥下訓練

## 歯科医

口腔ケア、義歯調  
整、摂食嚥下評価

## 言語聴覚士

摂食嚥下訓練、構  
音訓練、  
高次脳機能訓練

# 摂食・嚥下カンファレンス

## 嚥下食の内容

H17.12

	実物	内容	エネルギー ■
嚥下 開始食		★お茶ゼリー	35 kcal
嚥下食 1度		★お茶ゼリー ★プリンまたはヨーグルト ★重湯ゼリー（のり佃煮等付）	400 kcal
嚥下食 2度		★お茶ゼリー ★3分菜 ミキサー トロミ付1品 （たんぱく質源） ★5分粥ミキサーゼリー（のり佃煮等付） ★1日1回ヨーグルト	550 kcal
嚥下食 3度		★お茶ゼリー ★5分菜 ミキサー トロミ付2品 （たんぱく質源+野菜類） ★全粥1/2量（のり佃煮等付） ★1日1回ヨーグルト	750 kcal
移行食		★副食3分菜 量多め トロミ付3品 （たんぱく質源+野菜類+フルーツ等） ★全粥1/2量（のり佃煮等付） ★1日1回ヨーグルト	900 kcal



# 三田病院頭頸部がん症例

79歳男性 下咽頭癌TPLE術後 1POD



# 院内から地域へ



# 低栄養への対応と効果

- 個別栄養食事指導を組み合わせた管理栄養士による栄養的介入により、低栄養のリスクのある患者の体重管理やQOLに有益な効果がみられている。

## A ランダム化比較試験

### [研究参加者]

低栄養リスク有と判定<sup>※1</sup>された、中高年COPD外来患者59名(12か月完遂者37名<sup>※2</sup>)。

※1 英国静脈経腸栄養学会の勧告をベースに開発され、妥当性が確認された栄養スクリーニングツールを用いて判定

※2 ベースライン時における、通常体重からの意図しない体重減少量: 平均8.7kg

### [方法]

研究参加者をいずれかの群にランダム割り付け

#### ① 介入群(以下の3種類を組み合わせた介入)

- ・栄養強化に関するリーフレットの配布
- ・熟練管理栄養士による個別栄養食事指導
- ・ミルクパウダーによる栄養強化(600kcal/日)

#### ② 対照群(リーフレット配布のみ)

介入  
(6か月間)

追跡  
(6か月間)

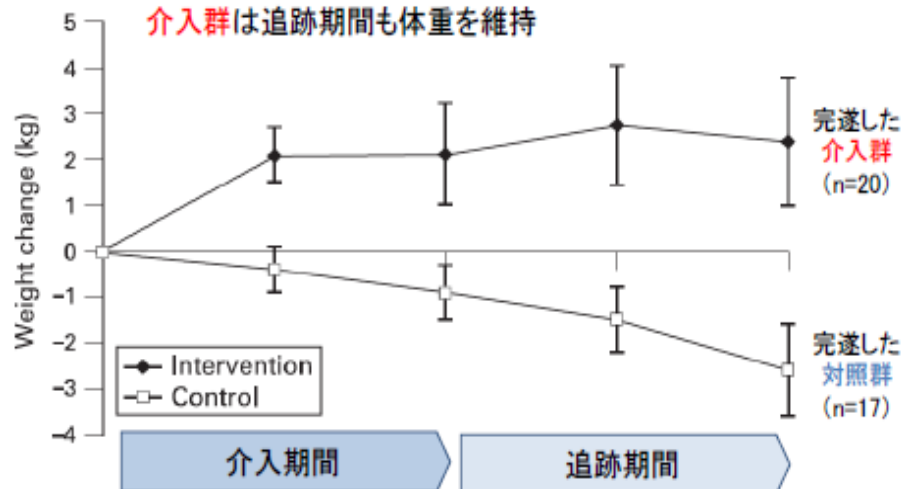
### [結果]

#### (1) エネルギー及びたんぱく質摂取量

介入群 > 対照群(6か月時点のみ有意)

#### (2) 体重の変化

介入群は追跡期間も体重を維持



#### (3) QOLスコア(SF-36)

介入群 > 対照群(6か月時点、12か月時点とも有意)

# 在宅療養患者への訪問栄養食事指導

- 在宅療養患者への訪問栄養食事指導により、体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善。
- 在宅療養患者の栄養上の主な課題は、体重や間食の管理、誤嚥の予防など多様である。

## [研究参加者]

在宅療養中の高齢者男女62名  
(平均76.2±9.6歳、要介護度3.0±1.6)

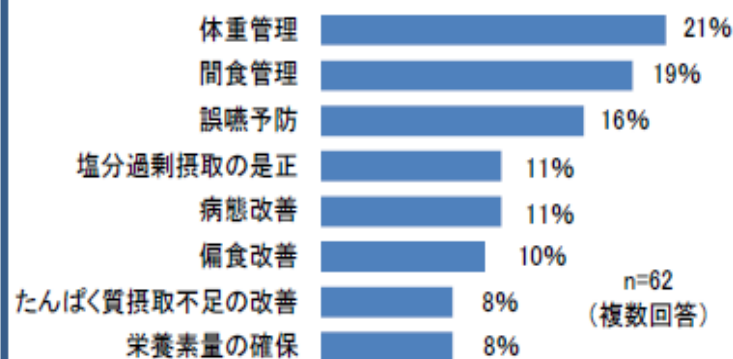


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

なお、在宅訪問栄養食事指導が新規の患者では、「誤嚥予防」と「病態改善」のニーズがそれぞれ50%であった。



管理栄養士による  
訪問栄養食事指導  
(1.6±0.7回)

指導継続者  
53名

脱落者  
9名

介入後  
(3か月後)



**体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善**

表 継続群の介入時と介入後の比較

	介入前	介入後	P値
体重(kg)	50.1±10.3	51.0±10.1	0.01
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	21.2±3.4	21.4±3.2	0.01
栄養状態[NMA®](点)	20.1±4.4	21.1±3.6	0.05
ADL[Barthel Index](点)	52.4±32.7	54.7±32.2	0.01
QOL下位尺度(点)	44.8±7.2	46.7±6.7	0.05

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

# 在宅訪問栄養食事指導の指導内容

- 医療保険で行われる在宅訪問栄養食事指導は、調理を介して実技を伴う指導を行うことが要件となっているほか、低栄養状態にある者が対象とされていない点で、介護保険による指導（居宅療養管理指導）と異なっている。

	医療保険 (在宅患者訪問栄養食事指導料)	<参考>介護保険 (居宅療養管理指導費)
算定	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 同一建物居住者以外の場合:530点</li> <li>② 同一建物居住者の場合:450点</li> <li>(①と②を合わせて月2回まで算定可能)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 同一建物居住者以外の場合:533単位</li> <li>② 同一建物居住者の場合:452単位</li> <li>(①と②を合わせて月2回まで算定可能)</li> </ul>
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅療養を行っている患者で、通院による療養が困難な者(要介護認定を受けた者は含まない)であって、</li> <li>● 医師が特別食の必要性を認めた場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 要介護認定を受けた者であって、</li> <li>● 医師が特別食の必要性を認めた場合 <b>又は低栄養状態</b>にあると判断した場合</li> </ul>
指導要件	<p>以下の両方を満たした場合に算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付</li> <li>② 当該食事せんに従った<b>調理を介して実技を伴う指導</b>を30分以上実施</li> </ul>	<p>以下の両方を満たした場合に算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 栄養ケア計画を作成した当該計画を患者又はその家族等に対して交付</li> <li>② 当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上実施</li> </ul>
備考		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 嚥下困難者のための流動食も対象</li> </ul>

# 栄養食事指導に関する課題と論点

## 【課題】

- 医師の指示に基づき管理栄養士が入院・外来・在宅の患者に対して行う栄養食事指導は、特別食が必要な患者が対象とされており、他の理由で特別食を必要としない限り、がん、摂食・嚥下困難などの患者は対象とならない。
- がん患者は治療に伴う副作用により、食欲不振や味覚変化など、食事面での困難や低栄養のリスクを抱えている。がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者の症状、嗜好、生活条件等を踏まえた、実行可能性のある栄養食事指導を管理栄養士が行うことで、治療効果やQOL等の向上に効果が認められている。
- 入院及び外来栄養食事指導料については、1回当たり概ね15分以上行った場合に算定可能とされているが、実際の指導に要する時間は15分を大きく上回る場合も多く、特に高齢者では長い時間を要する。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料については、調理実技を伴う指導を行うことが算定要件とされているが、実際の指導上の課題は様々であり、調理実技に関連しないものも含まれている。



## 【論点】

- 医師の指示に基づき管理栄養士が行う入院・外来・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者を含めてはどうか。
- 入院及び外来栄養食事指導については、指導に係る実態を踏まえ、より長い時間の指導を評価してはどうか。
- 在宅患者訪問栄養食事指導の指導内容については、患者の生活状況等を踏まえ、調理実技だけでなく、在宅での栄養の改善に有効な実践的な指導を行う場合を含めることとしてはどうか。



## 栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

多様な疾患の患者に対して、食事を通じた適切な栄養管理を推進するため管理栄養士が行う栄養食事指導について見直しを行う。

### 外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料

#### 現行

[対象者] 厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者

#### 改定後

[対象者] 厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者<sup>(※1)</sup> 又は低栄養状態にある患者<sup>(※2)</sup>

※1 医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)に相当する食事を要すると判断した患者であること。

※2 次のいずれかを満たす患者であること。

① 血中アルブミンが 3.0g/dl 以下の患者

② 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

# 外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料

現行		改定後	
【外来栄養食事指導料】		【外来栄養食事指導料】	
外来栄養食事指導料	130点	<u>イ 初回</u>	260点(新)
		<u>ロ 2回目以降</u>	200点(新)
【入院栄養食事指導料】		【入院栄養食事指導料】	
イ 入院栄養食事指導料1	130点	1 入院栄養食事指導料1	
		<u>イ 初回</u>	260点(新)
		<u>ロ 2回目</u>	200点(新)
ロ 入院栄養食事指導料2	125点	2 入院栄養食事指導料2 ←	
		<u>イ 初回</u>	250点(新)
		<u>ロ 2回目</u>	190点(新)
【算定要件】		【算定要件】	
① 医師の指示に基づく食事計画案等の作成、 15分以上 の栄養指導を行った場合に算定		① 医師の指示に基づく食事計画案等の作成、 <u>初回 30分以上</u> <u>2回目以降20分以上</u> の栄養指導を行った場合に算定	
② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量についての具体的な指示を含まなければならない。		② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質 <u>その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるもの</u> に関する具体的な指示を含まなければならない。	

「2」は  
有床診療所  
で外部の管  
理栄養士が  
指導した場  
合に算定

# 周術期口腔機能管理



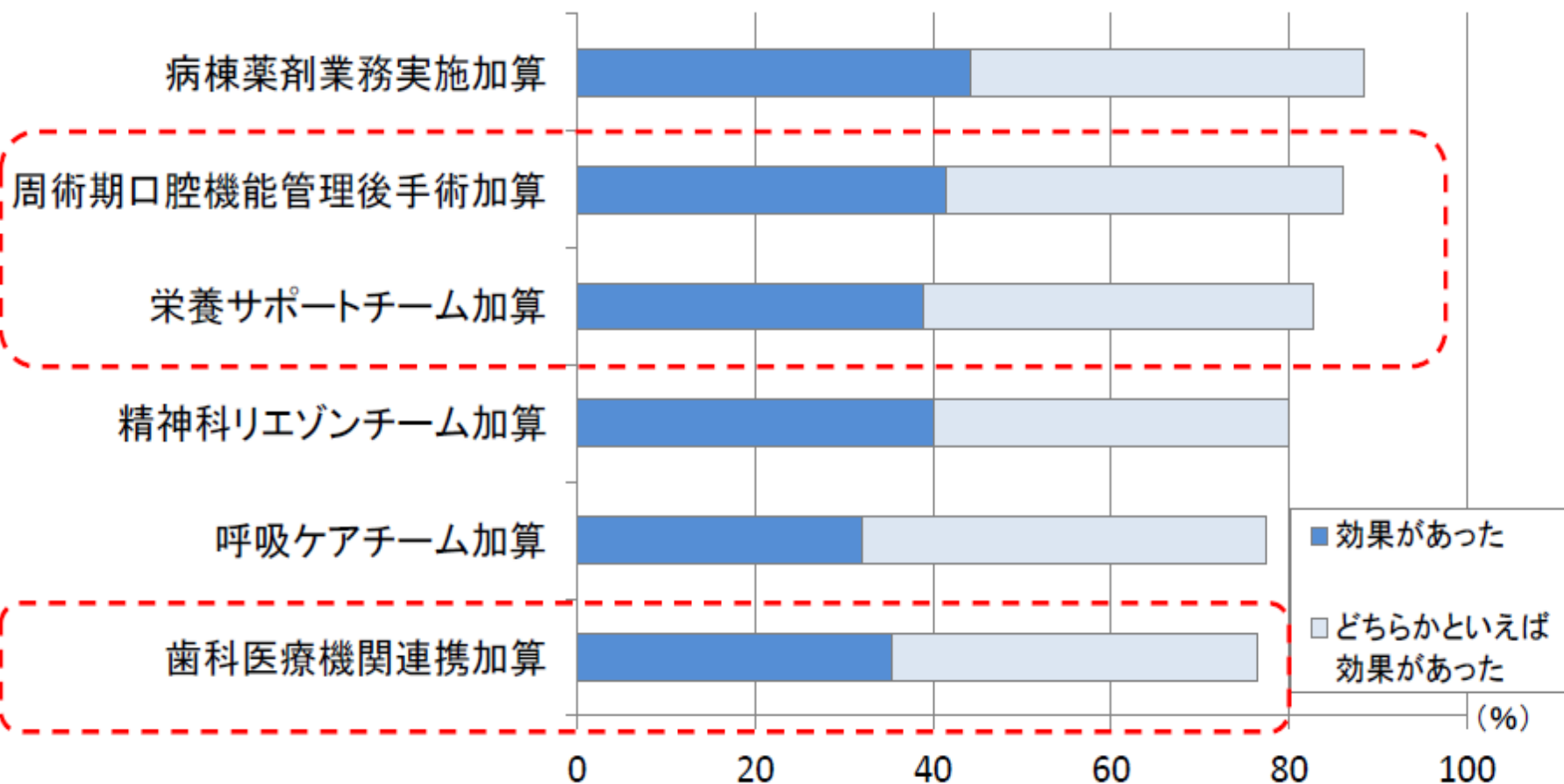
周術期における歯科医とのチーム医療

# チーム医療に関する診療報酬項目の効果

中医協 総-2  
( 改 )  
2 7 . 1 0 . 1 4

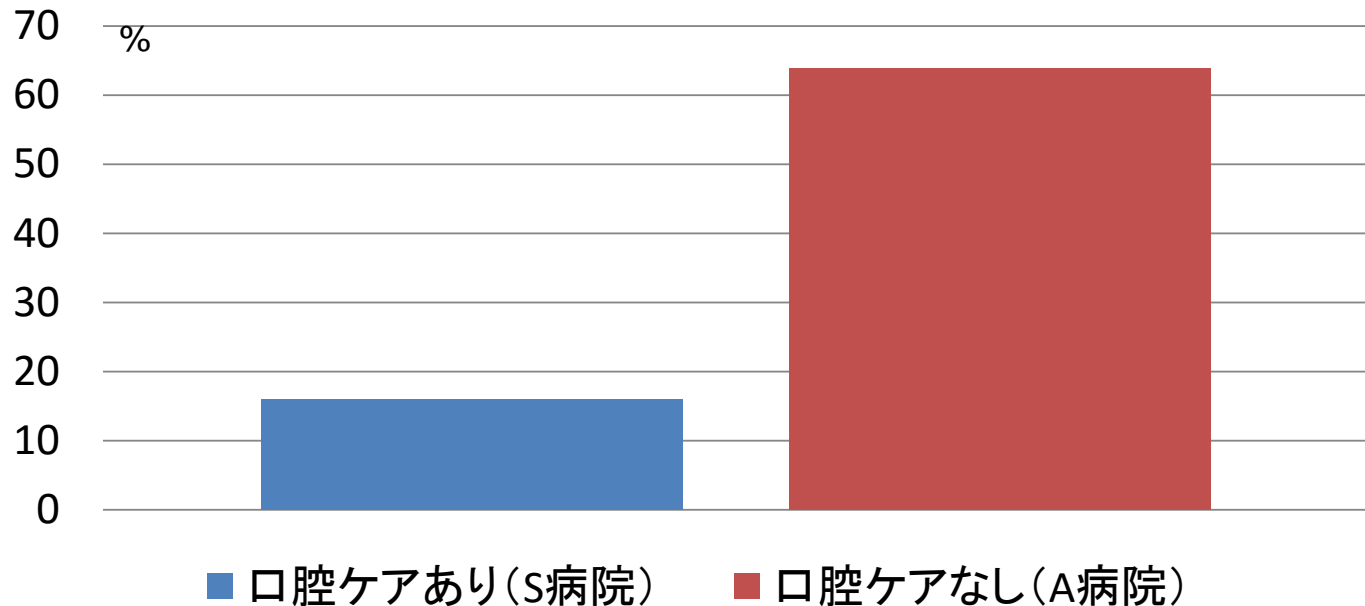
- 周術期口腔機能管理後手術加算や栄養サポートチーム加算、歯科医療機関連携加算など歯科医師を含めたチーム医療に関する項目について、概ね80%程度の医療機関が効果があったと回答した。

## ＜チーム医療に関する診療報酬項目の医療サービス向上効果＞ ～各項目を算定している医療機関～



# 口腔ケアの有無による 術後合併症発生率

グラフタイトル



頭頸部がん患者の口腔ケアを術前・術後に行った群(56人)では、行わなかった群(35人)に対して、創部感染、ろう孔形成、肺炎などの術後合併症の発生率が有意に低かった  
厚生労働省がん研究助成金による研究報告2004年

# 病棟での歯科医師による栄養サポート

## ○ 栄養サポートチームにおける連携（例）

- NST回診時、病棟からの依頼や必要に応じて口腔内診査・口腔管理
- 口腔管理（口腔清掃方法、口腔乾燥に対する管理、義歯の使用方法等）に関して、患者本人または看護師等への指導・助言
- 歯科医療関係者による専門的な口腔管理の必要性の判断
- 歯科治療の必要性の判断→必要に応じて応急処置、緊急性がない場合は歯科治療の依頼

## 【NST回診による連携事例】 化学療法開始後、栄養摂取に困難をきたした症例

（症例）67歳 男性 進行性胃がんにて入院 化学療法施行

### NST介入前



- 義歯が装着されず、痰が絡んだ状態となっている

### 【NST回診による歯科介入】

- キシロカインスプレーを使用した口腔管理
- 上下顎の義歯内面適合法を実施

### NST介入前後



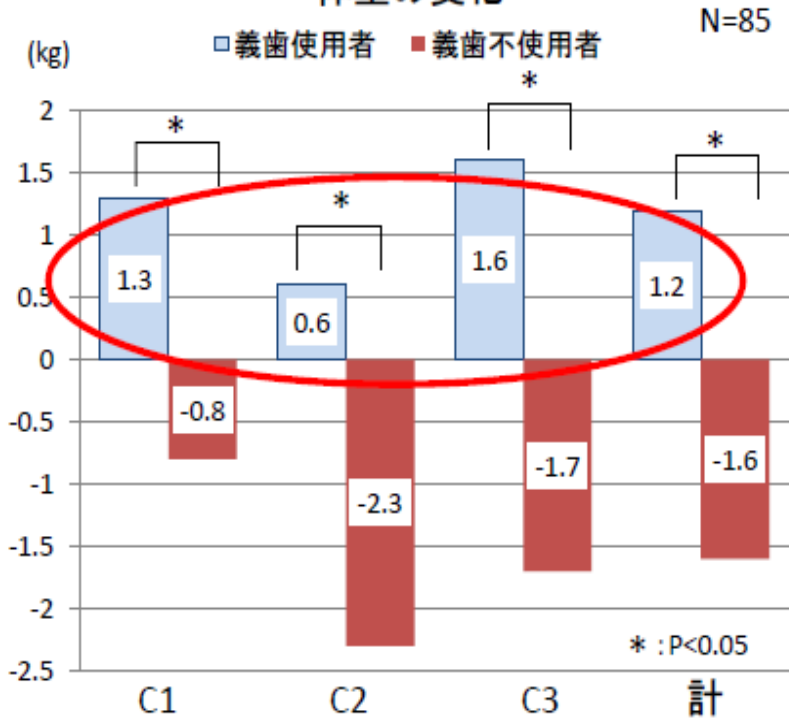
- 口腔内の環境が改善し、義歯の修理・調整を行ったことにより、経口摂取が可能になった
- 栄養摂取量が増加し、一時退院が可能となった

# 訪問歯科診療による全身状態への影響

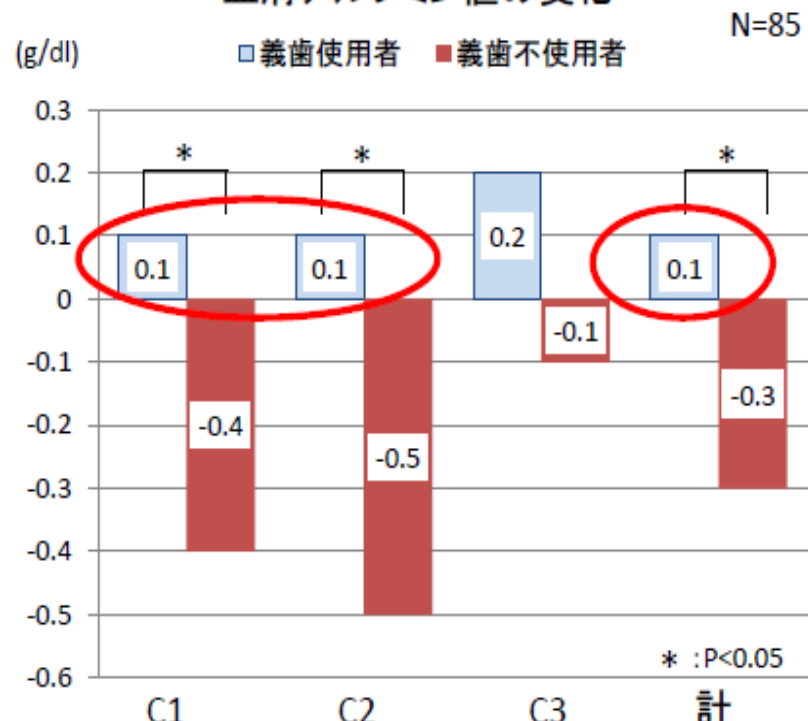
(要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類(咬合支持域の分類)のC群(上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態)に該当する85名(平均年齢85.2歳)に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者(義歯使用者)と義歯治療を行っていない者(義歯不使用者)の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定

体重の変化



血清アルブミン値の変化



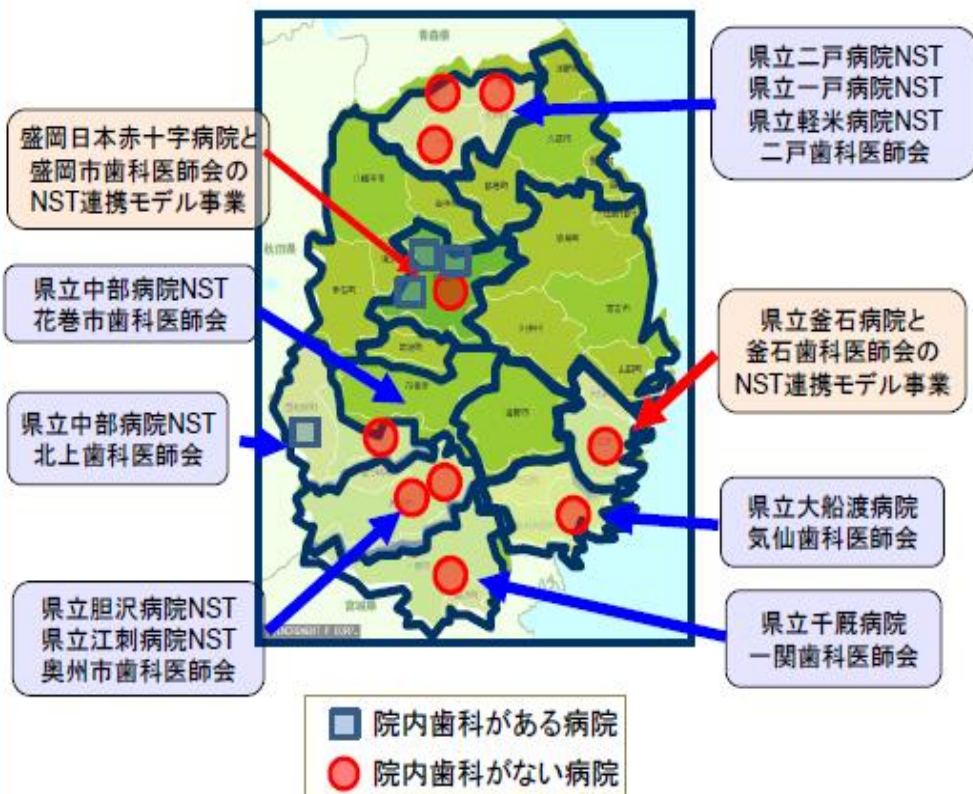
(参考:アイヒナー分類) C1:上下顎に残存歯がある(すれちがい咬合) C2:上下顎のうち片顎が無歯顎 C3:上下顎とも無歯顎

C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

# NSTにおける医科歯科連携の事例

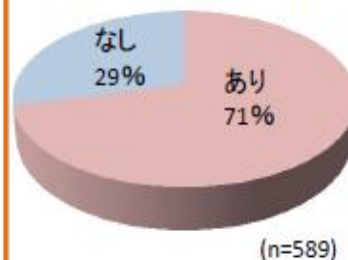
## 岩手県の例

県内の13地区歯科医師会中、8地区歯科医師会が  
“NST”をキーワードとして、病院と組織的連携(H19～)

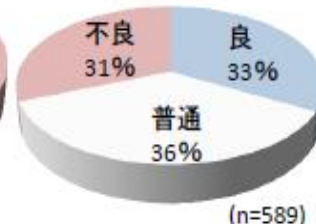


### NST連携での口腔に関する指示 ～8年間の状況～

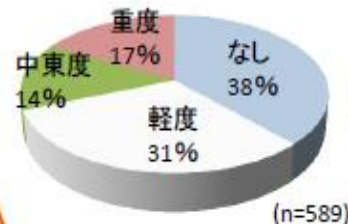
#### 歯科に関連する指示



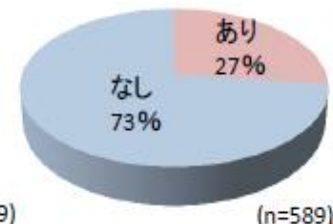
#### 口腔清掃状態



#### 口腔乾燥



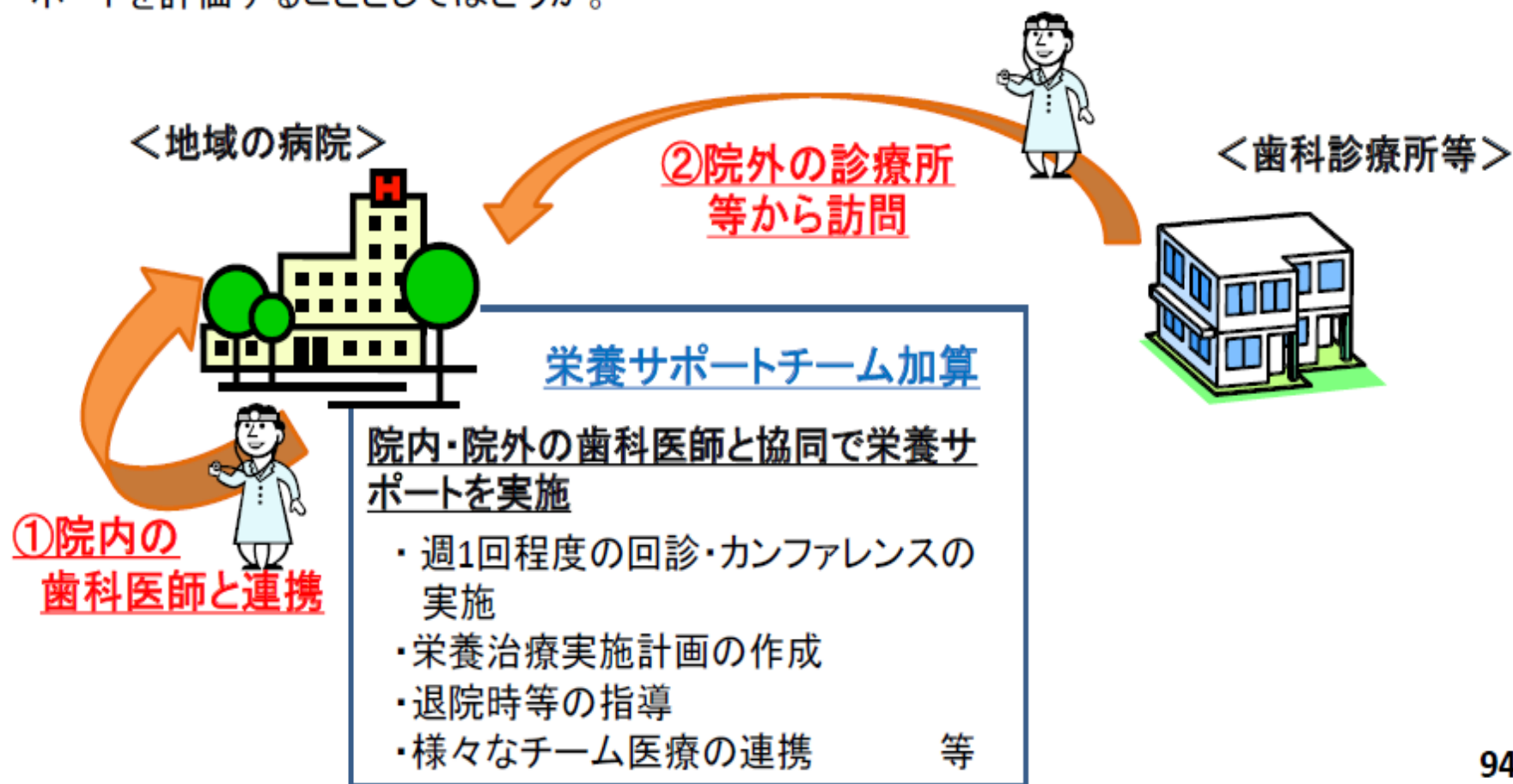
#### 義歯に関連する指示





# 歯科医師と連携した栄養サポートチーム加算の算定イメージ

- 歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、「配置することが望ましい」となっている歯科医師が配置されている場合を評価してはどうか。
- さらに、院外の診療所から歯科医師が訪問した上で、院内のスタッフと協同で実施した栄養サポートを評価することとしてはどうか。



# 歯科医師との連携による栄養管理の課題と論点

## 【課題】

- これまで、累次の改定において医科・歯科の連携に係る評価を推進しており、関連する評価項目を算定している医療機関の多くが医療サービスの向上に効果があったと回答している。
- 現行の栄養サポートチーム加算において、施設基準の要件とはなっていないものの、歯科医師が配置されていることが望ましいとされている。
- 大病院では、歯科医師が勤務している割合が高く、院内で歯科医師と連携している医療機関が多かった。他方、小～中規模の医療機関では、歯科医師が勤務している医療機関は少なかったものの、歯科医師との連携が必要であると考えている医療機関が30～40%程度存在しており、一部の医療機関では院外の歯科医師と連携体制を構築していた。
- 歯科医師が栄養サポートチームに加わることで、口腔清掃や義歯の管理等の口腔管理が向上することが期待される。また、適切な義歯治療を行うことで体重や血清アルブミン値が改善することが報告されている。
- 一部の地域において、地域の病院と院外の歯科医療機関が連携して栄養サポートチームを形成している事例がみられる。



## 【論点】

- 栄養サポートチームに歯科医師が配置されている場合を評価してはどうか。
- また、歯科医師が勤務していない医療機関において、歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、院外の診療所等から歯科医師が訪問した上で、院内スタッフと協同で栄養サポートを実施することを評価してはどうか。

# 周術期口腔機能管理の推進について

## 病院における周術期口腔機能管理の推進

- 歯科の標榜がある病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療料が算定できるように要件を見直す。

### 現行

歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者に対して、歯科訪問診療は算定できない。



### 改定後

歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科を標榜する保険医療機関に入院する患者に対して、周術期口腔機能管理に伴う歯科訪問診療料及び特掲診療料を算定できる。

## 周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置

- 周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置の対象を、放射線治療・化学療法を実施している患者(予定している患者を含む)、緩和ケアを実施する患者に拡大するとともに、周術期専門的口腔衛生処置の評価を充実する。

### 現行

対象は、放射線治療・化学療法を実施している患者

周術期専門的口腔衛生処置 80点



### 改定後

対象は、放射線治療・化学療法を実施している患者(予定している患者を含む)、緩和ケアを実施している患者

周術期専門的口腔衛生処置 92点

## パート6

# 診療報酬改定と栄養食事



## 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

### 1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

### 2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施  
(現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割)

### 3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ  
(低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ(121万円から139万円に)

### 4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し  
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
  - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
  - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設(患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

## 入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<現行>		<平成28年度>		<平成30年度>	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	⇒	一般所得 360円	⇒	一般所得 460円
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円	}			
低所得Ⅰ (住民税非課税で 一定所得以下)	100円				

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

(食材費) (食材費+調理費)

(対象者数  
約70万人)

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

# 平成28年4月1日から 入院時の食費の負担額が変わり、 新たに調理費の負担が追加されます

- ・平成28年4月1日から、入院時の食事代について、健康保険法等の規定に基づき、これまでの食材費相当額に加え、新たに調理費相当額を段階的にご負担いただくこととなりました。
- ・ただし、住民税非課税世帯の方や、指定難病、小児慢性特定疾病の患者の方などの負担額は据え置かれます。

〔入院時1食あたりの負担額〕

区分		平成28年 3月31日まで	平成28年 4月1日から	平成30年 4月1日から
①	一般の方	260円	→ 360円	→ 460円
②	住民税非課税 の世帯に属する方(③を除く)	210円	負担額の引き上げは行いません	
③	②のうち、所得 が一定基準に 満たない方など	100円	負担額の引き上げは行いません	

※ ②、③に該当する方は、加入されている医療保険の保険者が発行する減額認定証を、被保険者証等に添えて医療機関の窓口にご提出してください。  
負担額が上表中の金額に減額又は据え置かれます。

詳しくは、現在加入されている医療保険の保険者(健康保険組合、全国健康保険協会、市町村(国民健康保険、後期高齢者医療制度)、国民健康保険組合、共済組合)までお問い合わせください。

# 経腸栄養製品

食品と医薬品の2種類がある



	医薬品（経腸栄養剤）	食品（濃厚流動食）
法規	薬事法	食品衛生法
製造の条件	医薬品製造承認の取得	なし
成分の保証	規格	自主規格
窒素源による組成分類	成分栄養剤、消化態栄養剤の一部、 半消化態栄養剤の一部	消化態栄養剤の一部、半消化態栄養剤の一部 天然濃厚流動食
配合できるもの	日本薬局方収載医薬品、日本薬局方外医薬品 食品添加物収載化合物	天然物、食品添加物収載化合物
直接配合できないもの		ビタミンK、マンガン、銅、亜鉛
診療報酬上の取り扱い	医薬品	入院時食事療養費 (病態により特別管理加算も算定可能な場合がある)
保険適用	あり	なし
患者負担入院時	薬剤費に対する法定負担率	食事療法費の一部自己負担
患者負担 外来・在宅	薬剤費に対する法定負担率	全額負担
費用請求	薬価請求	給食費請求
医師の処方	必要	不要
個人購入	不可能	可能
管理	薬剤部	栄養部

# 医薬品（経腸栄養剤）



# 食品（濃厚流動食）



高齢者・高齢者の  
栄養摂取の目安



# 入院中の経腸栄養用製品の使用

- 医薬品である経腸栄養用製品との給付額の均衡を図る観点から、例えば食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しをする
- あわせて、特別食加算を算定できる取扱いについても見直す
- 今後食品である経腸栄養用製品の市場実勢価格を把握する仕組みを導入し、入院時食事療養費等の額について市場実勢価格に応じた設定とする仕組みとする。
- 今後の課題として、入院時食事療養費の額について、実際のコスト等を把握した上で、適切な水準を設定する。

## 入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付について

- 胃瘻患者等に対して用いられる経腸栄養用製品については、医薬品として薬価収載されているものと食品とがあるが、どちらを使用するかについては臨床現場での選択に委ねられている。
- 医療保険においては、①医薬品として処方される場合には薬価基準に従って薬剤給付がされるのに対し、②入院時に食品(食事)として提供される場合には入院時食事療養費等が支給され、①と②では給付額が異なっている。
- さらに、②の場合に、特別食の算定要件を満たしているときは特別食加算(76円)を算定することができる。

### ＜医薬品の場合＞

	薬価 (10mlあたり)	保険給付額 (薬価) (1,800kcalの場合)
製品A	7.10円	1,065円
⋮	⋮	⋮
製品E	8.90円	1,602円

(患者負担分を含む)

### ＜食品の場合＞

	保険給付額 (入院時食事療養費等)
製品 I	1,920円 / 1日 (640円 / 1食)
⋮	
製品 X	

※入院時食事療養費 I の場合

(患者負担分を含む)

# 入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

○胃瘻患者等に対して食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費の額について見直しを行う

現行		改定後	
【食事療養費及び生活療養費の費用額算定表】		【食事療養費及び生活療養費の費用額算定表】	
第1 食事療養費 1 入院時食事療養費(Ⅰ) (1食につき) 640円		第1 食事療養費 イ 入院時食事療養費(Ⅰ) 1 (1食につき) 640円	ロ 入院時食事療養費(Ⅰ) 2 (1食につき) 575円(新)
注1(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。  (新設)		注1イについては、(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。  注2ロについては、(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。  注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、ロを算定する患者については算定しない。 注4 略	
2 入院時食事療養費(Ⅱ) (1食につき) 506円		2 入院時食事療養費(Ⅱ) イ 入院時食事療養費(Ⅱ) 1 (1食につき) 506円	ロ 入院時食事療養費(Ⅱ) 2 (1食につき) 455円(新)
注 入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。  (新設)		注1イについては、入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。  注2ロについては、入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。	
第2 生活療養費 1 入院時生活療養費(Ⅰ) (1)食事の提供たる療養費 (1食につき) 554円		第2 生活療養費 1 入院時生活療養費(Ⅰ) (1)食事の提供たる療養費 ①食事の提供たる療養費1 (1食につき) 554円	②食事の提供たる療養費2 (1食につき) 500円(新)
(2)略		(2)略	
		入院時食事療養費(Ⅰ)と同趣旨の改正を行う。	
2 入院時生活療養費(Ⅱ)		2 入院時生活療養費(Ⅱ) (変更なし)	

経腸栄養患者のうち市販の流動食を提供している患者に対する食事療養費が減額された  
640円⇒575円(-65円)

これらの患者に対する特別食加算も算定できない

経腸栄養用製品に係る給付の  
適正化で40億円程度の医療費削減

# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

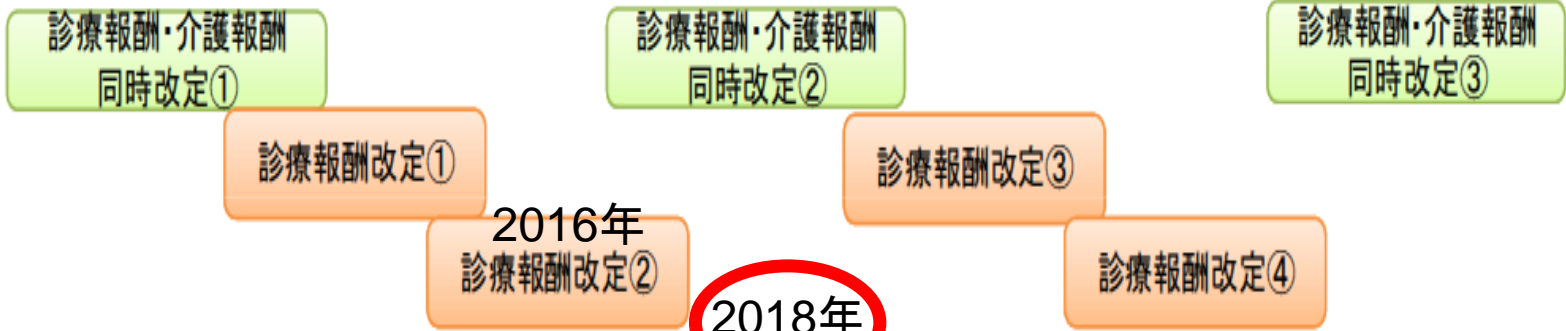
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

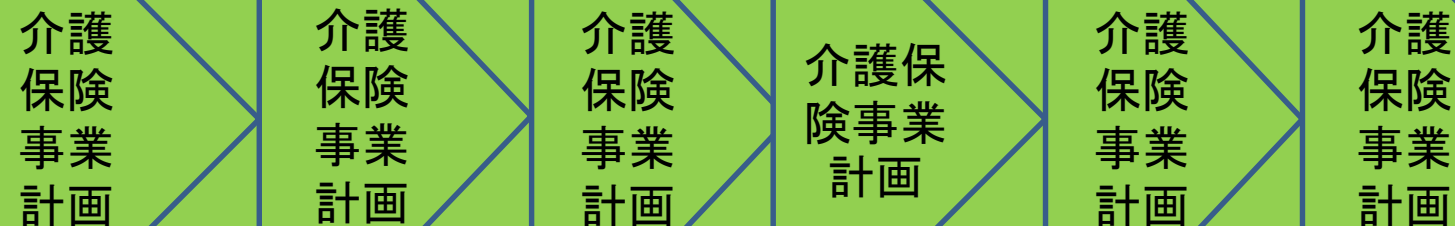
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿



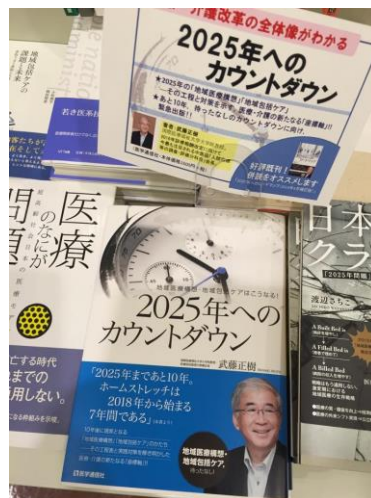
# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋  
ランキング瞬間風速第一位！



# まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・地域包括ケアシステムから栄養問題が抜け落ちている！
- ・2016年診療報酬改定の一丁目一番地は7対1入院基本料見直し
- ・栄養食事指導の対象範囲、内容が拡充された
- ・入院時食事療養費が見直された
- ・食と栄養こそが健康と疾病予防の基本！

# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)